ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

Clichy. — Impr. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1392, 2-8.)

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, BAUMÈS, BAZIN, L. BELHOMME, BERGERON, ERNEST BESNIER, BOUCHARD, BUMSTEAD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY, DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD, GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, ICARD, Ed. LABARRAQUE, G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT, AIMÉ MARTIN, MAURIAC, DE MÉRIC, A. NYSTROM, PELIZZARI, G. PROFÉTA, PH. RICORD, RODET, ROLLET, SAINT-CYR, M. SÉE, DE SEYNES, E. VIDAL, ETC.

TOME NEUVIÈME.



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

1877-1878



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE (1),

par le Dr Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

PREMIÈRE LEÇON.

(Recueillie par M. Brissaud, interne des hôpitaux.)

Préliminaires. — Intérêt et importance du sujet. — Progrès de la science contemporaine relativement aux affections syphilitiques du système nerveux. — Fréquence véritable, méconnue jusqu'ici, de ces affections.

A quel âge de la diathèse se produisent les accidents cérébraux d'origine syphilitique?

(1) Emprunté à un ouvrage de l'auteur (*La syphilis du cerveau*), en cours de publication à la librairie G. Masson.

Quelles causes incitent la syphilis à se porter sur le cerveau? — Action remarquable de certaines causes, véritablement prédisposantes.

Est-il des syphilis qui, plus que d'autres, prédisposent aux accidents cérébraux? — Toute syphilis, bénigne, moyenne ou grave originairement, peut être suivie d'accidents cérébraux. — Ce sont les syphilis originairement moyennes ou bénignes qui, proportionnellement, fournissent aux accidents de cet ordre le plus fort contingent. — Discussion. — Exemple clinique.

Messieurs,

Je me propose d'aborder devant vous, dans une série de conférences, l'étude clinique de la *syphilis des centres nerveux.*

Je ne m'arrêterai pas à vous démontrer par un long préambule l'importance considérable qui se rattache à cette étude. Vous citer simplement, au nombre des sujets qui la composent, la *céphalée*, l'*épilepsie*, l'*aphasie*, l'*hémiplégie*, l'*aliénation*, la *paralysie générale*, les *paralysies partielles*, la *paraplégie*, l'*ataxie*, etc., suffira amplement à vous édifier sur l'intérêt pratique que comporte l'histoire de la syphilis des centres nerveux. Nulle matière à coup sûr n'est plus digne d'arrêter et de fixer longuement l'attention du médecin.

Taxer de *nouvelle* la connaissance des accidents que la syphilis peut développer sur le cerveau et la moelle serait une exagération et un déni de justice vis-à-vis du passé. De vieille date, en effet, ont été signalées dans la science des manifestations de la diathèse vers les centres nerveux. C'est là un point incontesté et dont il me serait facile d'ailleurs de vous donner la preuve, si un historique de la question ne se trouvait déplacé dans des conférences exclusivement cliniques, telles que les nôtres.

Et cependant, je ne crains pas de m'éloigner beaucoup de la vérité, en vous disant que les accidents cérébraux ou médullaires de la syphilis sont de notion presque contemporaine. C'est là une étude, tout au moins, qui s'est tellement élargie et enrichie de nos jours, qu'elle appartient presque tout entière à ce qu'on pourrait appeler la science d'hier et d'aujourd'hui. Si vous en doutiez, écoutez ceci pour faire votre conviction :

Hunter, le grand syphiliographe, résumant, amendant et perfectionnant à un haut degré l'ensemble des connaissances acquises sur la syphilis vers la fin du siècle dernier, plaçait le cerveau au nombre de « ces parties vitales qui peut-être ne sont pas du tout susceptibles de l'action de la syphilis » (1).

De même, pour Astley Cooper, le cerveau était « un de ces tissus qui ne paraissent pas susceptibles d'être altérés par l'influence du virus vénérien » (2).

Enfin, il y a plus : en 1861 (je ne remonte, vous le voyez, qu'à seize ans en arrière), en 1861, dis-je, un éminent critique, un des professeurs le plus justement illustres de notre faculté, M. Lasègue, faisant dans les *Archives de médecine* la revue des plus récents travaux sur les affections nerveuses syphilitiques, taxait ces affections de « manifestations rares et indécises, destinées au moins jusqu'à nouvel ordre à ne figurer dans la description de la syphilis qu'à titre d'appendice », et considérait entre autres l'aliénation syphilitique « comme simplement conjecturale, possible, présumable, et rien de plus » (3).

Or, depuis les seize années qui viennent de s'écouler, les

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, Trad. de Richelot, 3e édition, Paris, 1859, p. 582.

(2) *OEuvres chirurgicales*, Trad. de Chassaignac et Richelot, Bruxelles, 1835, p. 361.

(3) *Archives générales de médecine*, 1861, t. II, p. 210 et 219.

choses ont bien changé de face; et ce que l'on pouvait en 1861 considérer comme un simple *appendice* à l'histoire de la syphilis, en est devenu l'une des parties constitutives les plus authentiques, les plus chargées comme symptômes et comme lésions, les plus importantes comme intérêt pratique non moins que comme gravité.

Et en effet, depuis lors, la science a marché; elle a marché à grands pas; elle a marché dans tous les pays, et plus vite peut-être à l'étranger qu'en France, j'ai regret à le dire. En tout cas, les observations de syphilis cérébrale se sont multipliées à l'infini; si bien qu'aujourd'hui c'est par centaines qu'il faudrait les compter. Des travaux importants, des traités spéciaux, des monographies, etc., ont été publiés sur ce sujet dans tous les pays de l'Europe et en Amérique. Aucun sujet peut-être n'a été plus étudié, plus fouillé, plus renouvelé, plus *changé de face*, je reprends le mot à dessein, depuis quelques années.

Or, de ce vaste mouvement scientifique il est résulté ceci, à savoir :

Que nombre d'affections ou de symptômes qu'on laissait innommés autrefois quant à leur nature, ou qu'on rangeait sans qualification dans la classe trop facilement compréhensive des maladies nerveuses vulgaires, reconnaissent la syphilis comme origine et ressortissent à son domaine.

De cela voulez-vous des exemples? Je citerai au hasard, n'ayant que l'embarras du choix.

Voyez d'abord l'*hémiplégie* des jeunes sujets, j'entends des sujets au-dessous de 35 ou 40 ans. Qui pensait autrefois, en pratique, à rattacher à la syphilis un tel accident? Eh bien, aujourd'hui, de par la clinique, il est acquis que cette hémiplégie est très-fréquemment, le plus fréquemment, une manifestation de la syphilis. A ce point qu'on a pu poser ceci en principe :

« Toute hémiplégie survenant chez un sujet âgé de moins

de quarante ans, non affecté d'alcoolisme ou de lésions du système circulatoire, est au moins 8 fois sur 10, 9 fois sur 10 peut-être, d'origine syphilitique. »

De même (et ceci ne sera pas moins justifié par celui va suivre), lorsque l'*épilepsie* se manifeste pour la première fois chez un sujet au-dessus de vingt-cinq ou trente ans, cette épilepsie, 9 fois sur 10, est d'origine syphilitique.

De même encore pour les *paralysies oculaires*. Consultez les vieux traités d'ophthalmologie, et voyez si leurs auteurs ont jamais songé à rapporter à la syphilis l'immense majorité de ces paralysies. Or, à l'heure actuelle, on doit considérer comme une chose positive et parfaitement acquise que les paralysies oculaires relèvent de la vérole dans une proportion de fréquence considérable, 75 fois sur 100 en moyenne, si ce n'est plus.

Et de même pour tant d'autres symptômes que je passe actuellement sous silence, mais que nous retrouverons chemin faisant, au cours de cet exposé ; tels par exemple que les névralgies, l'aphasie, l'aliénation mentale, la paralysie générale, la paraplégie, l'ataxie, etc.

De ce mouvement, de ce progrès scientifique, il est tout naturellement résulté que la fréquence des altérations syphilitiques du cerveau et de la moelle, considérée autrefois comme insignifiante et minime, et, plus récemment, comme fort restreinte, s'est singulièrement accrue de nos jours, ou, pour mieux dire, a semblé s'accroître. Ces altérations qu'on regardait jadis comme tout à fait exceptionnelles, nous pouvons affirmer aujourd'hui qu'elles sont excessivement *communes*. Elles le sont à ce point, que dans tous les services d'hôpitaux, quels qu'ils soient, vous en rencontrerez toujours quelques exemples. Parcourez nos salles aujourd'hui même, et vous y trouverez une dizaine de cas environ relatifs à diverses affections spécifiques du cerveau ou de la moelle.

Il serait puéril de vouloir sortir de ces termes généraux et de chercher à déterminer numériquement le degré de fréquence relative ou absolue de ces affections. Nous ne sommes pas encore en mesure d'établir une pareille statistique. Faisons donc le sacrifice d'une précision impossible à obtenir, et bornons-nous à affirmer simplement la fréquence des localisations de la syphilis vers les centres nerveux, notamment vers le cerveau.

C'est la *syphilis cérébrale*, messieurs, qui nous occupera tout d'abord. J'y consacrerai toutes nos conférences de cette année, me réservant de compléter cette étude l'an prochain par celle des affections syphilitiques de la moelle et des nerfs.

Commençons par établir quelques points relatifs à la chronologie et à l'étiologie.

I. — *A quel âge de la diathèse se produisent les accidents cérébraux d'origine syphilitique ?*

La réponse la plus générale qu'on puisse faire à cette question, c'est que les accidents dont il s'agit sont susceptibles de se développer à *tout âge* de la période tertiaire.

Et, d'abord, ils peuvent être plus ou moins *précoces*, jusqu'à empiéter sur la période secondaire. De même en effet qu'on voit nombre d'accidents de forme tertiaire, tels par exemple que des syphilides ulcéreuses ou gommeuses, devancer l'heure de leur éclosion régulière et surgir à courte échéance dès la seconde ou la première année de la diathèse, de même aussi voit-on parfois des manifestations cérébrales apparaître prématurément, vers la même époque. On a observé des accidents de ce genre dans le courant de la seconde ou de la première année de la maladie,

voire à partir du septième, du sixième ou du cinquième mois.

Ce sont là, j'ai hâte de le dire, des faits rares, et naturellement d'autant plus rares que la date d'apparition des accidents s'y montre plus précoce. Mais ce sont là des faits authentiques, irrécusables, qu'il faut enregistrer avec soin pour n'être pas surpris par eux dans la pratique.

Inversement, les accidents cérébraux de la syphilis tertiaire peuvent être *très-tardifs*. On les a vus plus d'une fois se manifester au delà de la vingtième année après le début de l'infection, par exemple, vingt-deux, vingt-quatre, et vingt-six ans après le chancre. On a même cité des cas où ils n'étaient apparus qu'après trente ans et au delà.

Cette seconde catégorie de faits est, je crois, tout aussi rare que la première.

Entre ces deux extrêmes se placent, au contraire, des cas d'une bien autre fréquence. En effet, on peut dire que *de la troisième à la dix-huitième année* de la diathèse les cas de syphilis cérébrale sont relativement communs.

Et, dans cette période, ils se distribuent approximativement de la manière suivante, au moins d'après mes chiffres personnels :

Les deux tiers des cas, de la troisième à la dixième année ;

Un tiers des cas, de la dixième à la dix-huitième année.

De telle sorte que le maximum de fréquence des accidents cérébraux de la syphilis paraît contenu *entre la troisième et la dixième année* après la contamination première.

J'ajouterai que, du reste, ces résultats de mon expérience propre concordent presque absolument avec la plupart des faits actuellement contenus dans la science.

II. — Venons à l'étude des causes.

Ici, deux points à établir :

1° *Quelles causes incitent la syphilis à se porter sur le cerveau ?*

Établissons tout d'abord un fait essentiel, à savoir : que la syphilis n'a nul besoin, n'a que faire de causes adjuvantes pour se porter sur le cerveau. Elle existe, et c'est assez. Du moment qu'elle est en puissance de l'organisme, elle n'a que trop le droit (et elle en use) d'envahir tout organe, toute partie de l'économie, aussi bien le cerveau que tout autre viscère, aussi bien tout viscère que les systèmes extérieurs.

Et c'est là, en effet, ce qui se produit dans l'énorme majorité des cas. Le plus habituellement, la syphilis affecte le cerveau sans y être appelée, ou du moins sans paraître y être appelée, c'est-à-dire sans le secours d'aucune incitation locale, d'aucune provocation pouvant servir de cause occasionnelle. Quantité d'observations déposent en ce sens, observations dans lesquelles on voit des sujets en parfait état de santé être pris tout à coup de symptômes cérébraux, et cela sans la moindre raison actuelle, sans aucune prédisposition héréditaire ou acquise aux déterminations encéphaliques.

Cela posé, reconnaissons d'autre part que, pour un certain nombre de cas (et je le répète à dessein, pour un certain nombre seulement), il est ou il paraît être des causes *adjuvantes* qui dirigent vers le cerveau l'action de la diathèse.

Quelles sont ces causes ? A l'avance vous les avez devinées.

C'est une loi générale qu'une diathèse en puissance dirige de préférence ses manifestations vers les organes en état de suractivité physiologique ou d'excitation morbide. De cela les exemples fourmillent, non pas seulement dans

l'histoire de la syphilis, mais dans l'histoire de toutes les diathèses, scrofule, dartre, rhumatisme, goutte, etc. C'est ainsi, en ce qui concerne la syphilis, que l'usage et surtout l'abus du tabac appellent les manifestations diathésiques vers la cavité buccale. Les fumeurs syphilitiques, comme chacun le sait, ont la bouche rudement éprouvée par la vérole; et il n'est pas rare qu'il se fasse chez eux, dans le cours de la période secondaire, jusqu'à 10, 15, 20 explosions successives d'accidents spécifiques vers la bouche, alors que, sur des malades qui ne fument pas, la cavité buccale reste relativement épargnée.

Dans un organisme diathésé, c'est presque toujours l'organe surmené ou l'organe malade, faible, « *taré* », qui devient le siége des localisations diathésiques. La diathèse, comme on l'a dit, a toujours tendance à se porter vers l'organe de résistance moindre, « *ad locum minoris resistentiœ* » (1).

Eh bien, le cerveau n'échappe pas à cette loi. Toutes les causes qui le constituent en état d'excitation habituelle ou éventuelle l'exposent, par cela même, à subir plus facilement l'impression de la diathèse.

Au nombre de ces causes, mentionnons, pour ne parler que des plus actives et des mieux éprouvées :

Les fatigues intellectuelles, le *surmenage cérébral* par des travaux assidus, par la tension d'esprit, par les veilles, etc.;

(1) C'est là un point dont il a été fréquemment question dans ces dernières années, et qui, au point de vue chirurgical surtout, a été parfaitement étudié par M. le professeur Verneuil et ses élèves.

Voir : Petit, *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme* (Thèse de Paris, 1875). Cet excellent travail contient la plupart des indications bibliographiques relatives à la question;

Paul Berger, *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques* (Thèse pour l'agrégation, Paris, 1875), etc., etc.

L'excitation cérébrale dérivant de *causes morales* (préoccupations, craintes, inquiétudes, émotions, chagrins, etc.) ;

L'excitation cérébrale provenant de l'*alcool*, des *excès vénériens*, etc., etc. (1).

L'action de ces diverses causes apparaît d'une façon manifeste, irrécusable, dans bon nombre d'observations déjà publiées. Je l'ai constatée également plusieurs fois, pour ma part, dans des conditions qui laissaient vraiment peu de prise à contestation. Ainsi, j'ai observé des accidents cérébraux, avec un degré de fréquence vraiment remarquable, chez des gens adonnés par profession aux travaux de l'esprit, aux fatigues intellectuelles, chez des littérateurs, des avocats très-occupés, des professeurs, des médecins. A ce propos, un des faits qui m'ont le plus vivement frappé est relatif à un médecin, grand travailleur, qui se prédit à lui-même ses futurs accidents cérébraux, alors que rien encore n'en annonçait l'invasion. « Vous verrez, me disait-il souvent, que ma syphilis se portera quelque jour sur le cerveau; c'est par le cerveau que je finirai. » L'événement ne confirma que trop justement ses prévisions.

J'ai observé de même trois cas dans lesquels des accidents de syphilis cérébrale éclatèrent à la suite et certainement sous l'influence des terribles émotions du siége de Paris et de la Commune.

J'ai vu aussi quatre fois des manifestations semblables se

(1) Le *traumatisme crânien* est-il une cause d'appel pour la syphilis cérébrale? Personnellement, je n'ai rien vu jusqu'ici qui m'autorise à l'admettre. Quelques faits cependant, épars dans la science, semblent déposer en faveur de cette opinion. (*Voir* entre autres une intéressante observation du Dr Broadbent dans le journal *The Lancet*, novembre 1876, p. 741.)

Toujours est-il que, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait prématuré de rien affirmer de positif à ce sujet.

produire à la suite de grands excès vénériens. Et, d'une façon générale, je ne mets pas en doute que l'excitation cérébrale dérivant d'excès vénériens habituels ne constitue une cause prédisposante majeure à l'invasion de la syphilis dans le cerveau.

L'action de ces mêmes causes, disons-le immédiatement, n'est pas moins évidente sur la production des *récidives* ou des *rechutes* de la syphilis cérébrale. Nombre d'observations témoignent que des accidents de syphilis cérébrale, guéris une première fois et bien guéris pendant un temps plus ou moins long, se sont reproduits plus tard sous l'influence d'incitations du genre de celles que je viens d'énumérer. De cela j'ai vu récemment un exemple trop frappant pour que je résiste au désir de vous le citer en quelques mots :

Un malade avait éprouvé divers accidents cérébraux d'origine manifestement syphilitique : paralysie de la langue, dans une première attaque ; et plus tard, hémiplégie passagère. J'avais réussi à le guérir par un traitement spécifique longtemps continué. Il se trouvait rétabli, complétement rétabli depuis plusieurs mois, lorsque, malgré moi, malgré mes instances, il se marie. Privé de femmes depuis longtemps, il s'empresse aussitôt (le mot est de lui) de « rattraper le temps perdu ». Or, le dixième jour de son mariage, à la suite d'excès vénériens, et à la suite aussi des fatigues d'un long voyage, il est repris subitement d'hémiplégie. Sa jeune femme le ramène à grand' peine à Paris dans le plus lamentable état, paralytique, hébété, délirant ! Les accidents s'aggravent en dépit du traitement, et la mort termine cette triste scène dans l'espace de quelques mois.

2° *Est-il des syphilis qui, plus que d'autres, prédisposent aux accidents cérébraux ?*

En d'autres termes, la syphilis cérébrale est-elle plus commune dans certaines formes de la diathèse que dans certaines autres ?

A priori, par induction théorique, on serait tenté de croire que les manifestations cérébrales, constituant l'ordre d'accidents les plus graves que puisse produire la diathèse, doivent s'observer de préférence dans les formes graves de syphilis, dans les formes malignes, tout au moins dans les formes sérieuses à des titres divers.

Eh bien, il n'en est rien, et cette prévision rationnelle est bien loin d'être confirmée par l'observation.

Il y a plus même, et, du moins au dire de certains auteurs, ce seraient surtout les syphilis *originairement bénignes* qui, plus tard, exposeraient les malades à des accidents cérébraux. C'est ainsi, par exemple, que M. Broadbent, dans les excellentes leçons qu'il vient de publier récemment et que vous pourrez lire dans la *Lancette anglaise*, dit en propres termes : « Des cas que j'ai vus j'ai déduit cette opinion : que les sujets qui sont le plus exposés aux accidents du système nerveux sont ceux chez qui les symptômes secondaires ont été transitoires ou légers, etc..... »

Pour ma part, examinant à ce propos une série d'observations personnelles dans lesquelles les antécédents initiaux de la diathèse ont été soigneusement relevés, je suis arrivé aux résultats que voici.

Sur 47 cas de syphilis cérébrale :

Deux seulement ont succédé à des syphilis antérieurement graves ;

Un a suivi une syphilis assez grave ;

Mais *trente* se sont manifestés consécutivement à des syphilis très-ordinaires, *moyennes* comme quantité et qualité d'accidents secondaires ;

Enfin, *quatorze* sont relatifs à des syphilis véritablement

bénignes, assez bénignes pour que, sur ces 14 cas, plusieurs aient pu passer longtemps inaperçues et être abandonnées sans traitement à leur évolution naturelle.

En résumé donc, sur 47 cas :

3 cas de syphilis antérieurement graves ou tout au moins sérieuses ;

Et 44 cas de syphilis moyennes ou bénignes.

Ces chiffres sont vraiment assez significatifs par eux-mêmes pour que tout commentaire soit superflu.

Et cependant, messieurs, en dépit de ces chiffres, je n'oserais me rallier aux conclusions formulées par les médecins dont je viens de vous parler; je n'oserais déclarer comme eux que les syphilis originairement bénignes sont celles qui prédisposent le plus particulièrement aux accidents cérébraux. Une telle affirmation aurait besoin, ce me semble, d'un nombre de faits plus considérable que celui dont nous disposons actuellement et d'une expérience plus prolongée. Plus prudemment, je crois que nous sommes encore tenus à une certaine réserve, et que nous devons simplement nous borner à dire ce qui ressort des faits avec plus d'évidence, à savoir :

1° Que toute syphilis, bénigne, moyenne ou grave dans ses premières manifestations, peut être suivie d'accidents cérébraux ;

2° Que la bénignité originelle d'une syphilis (traitée ou non traitée, peu importe) n'est en rien une garantie contre l'éventualité d'accidents cérébraux ultérieurs ;

3° Et que même, à consulter les faits aujourd'hui contenus dans la science, ce sont les syphilis originairement moyennes ou bénignes qui *paraissent* fournir aux accidents de cet ordre le plus fort contingent.

S'il en est ainsi, que devient donc la prétention de certains auteurs qui ont voulu pronostiquer l'avenir d'une syphilis, en tirer l'horoscope (passez-moi le mot), d'après

la qualité de ses accidents d'origine, primitifs ou secondaires ? « Les syphilis bénignes à leur début, ont-ils dit, resteront ultérieurement bénignes, et ne réclament qu'un traitement léger, si même elles ne guérissent pas *sponte suâ* sans le secours d'aucun traitement. » Eh bien, messieurs, ces auteurs ont dit ce qu'ils ne savaient pas, ce qu'ils n'avaient pas scientifiquement le droit de dire. Ce rapport théorique, purement hypothétique, entre les étapes successives de la diathèse est loin d'être légitimé par l'observation ; et le présent, en matière de syphilis, n'est rien moins que le miroir de l'avenir. Telle syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir. Telle syphilis, qui s'annonce comme bénigne aux périodes primitive et secondaire, peut fort bien devenir maligne, tragique et fatale, à l'étape tertiaire. Elle n'a même que trop de voies ouvertes pour la conduire à un tel dénouement.

Donc, en ce qui nous concerne aujourd'hui, affirmons bien, établissons de la façon la plus formelle, contradictoirement à la doctrine dangereuse dont nous venons de parler, que la syphilis la plus bénigne originairement peut aboutir et n'aboutit que trop souvent aux accidents cérébraux les plus graves, voire à des accidents dont il n'est pas permis à l'art de conjurer l'issue fatale.

Que de faits n'aurais-je pas à citer, si vous me demandiez de légitimer la proposition qui précède ! Laissez-moi tout au moins vous en citer un comme exemple, afin de mieux graver dans vos souvenirs ce point très-essentiel, ce point auquel se rattache une importance pratique considérable.

J'ai eu la douleur de perdre il y a quelques années, par suite d'accidents cérébraux (non pas seulement diagnostiqués du vivant du malade, mais vérifiés par l'autopsie),

un ami qui m'était cher, et dont voici en quelques mots la déplorable histoire.

Cet ami contracta la syphilis 17 ans avant l'explosion première des manifestations qui devaient être fatales. Comme accidents syphilitiques d'origine, il n'eut rien autre que ceci : un petit chancre, un chancre « de rien », comme il l'appelait, lequel fut cicatrisé en trois ou quatre semaines ; puis, dans les mois qui suivirent, une syphilide papuleuse discrète, et quelques légères érosions gutturales. A cette époque, il suivit un traitement de quelques mois au proto-iodure mercuriel, traitement bien insuffisant comme durée, inutile de le dire. Consécutivement, s'écoulèrent *dix-sept années* d'une tranquillité parfaite, dix-sept années pendant lesquelles ne se révéla pas le moindre accident, le plus léger réveil de la diathèse. Tout autre qu'un médecin eût pu croire cette diathèse définitivement éteinte, lorsque se fit soudain une explosion d'accidents cérébraux formidables : épilepsie, hémiplégie, troubles intellectuels, hébétude, démence progressive, etc. Les accidents ne furent qu'un instant amendés par la médication spécifique, et bientôt le malade succomba en dépit de tous les soins qui lui furent prodigués par divers médecins, par M. Ricord et par moi.

Et c'est ainsi que bien souvent, messieurs, une syphilis légère au début, une syphilis « de rien », pour reprendre le mot du pauvre malade dont je viens de vous parler, se termine à longue échéance par une catastrophe qu'il n'est pas toujours en notre pouvoir de conjurer.

II.

DE L'ADÉNOPATHIE ET DES LYMPHITES SYPHILITIQUES. — DU PSEUDOCHANCRE.

Extrait de leçons faites à l'hôpital du Midi, par le Dr Horteloup.

Dans notre dernière conférence, j'ai commencé à vous exposer l'histoire de l'adénopathie syphilitique; je vous ai montré combien M. Ricord avait jeté une vive lumière sur cette difficile question, en donnant une excellente description de la forme de cette adénopathie, à laquelle il a imposé le nom caractéristique de *pleiade*, et, surtout, en montrant que l'adénopathie était le complément forcé du chancre syphilitique. Règle qu'il a rédigée en ces termes : « *Le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps.* » Ainsi que je vous l'ai montré par des chiffres, cette règle peut présenter des exceptions, mais c'est bien ici le cas de dire que les exceptions confirment la règle. Je vous ai exposé la forme, le nombre des glanglions de la pléiade syphilitique, ainsi que le signe caractéristique, l'indolence de ces ganglions; indolence qui est telle, que nous sommes journellement obligés d'attirer l'attention des malades sur cette lésion, qu'ils n'ont pas observée, ou, plutôt, qu'ils n'ont pas voulu observer. Aussi, méfiez-vous de la réponse qu'ils vous feront, lorsque vous les questionnerez à ce sujet. « N'y faites pas attention, j'ai toujours eu ces

glandes. » Passez outre, dit M. Diday; car ce n'est là, ajoute notre savant et spirituel confrère, qu'un effet de cet optimiste général, compensation providentielle à l'effroi non moins irrationnel qui, à tant d'autres égards, est le propre des malheureux syphilitiques.

I

Où siége l'adénopathie du chancre syphilitique ?

La réponse est facile; elle siége dans les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de la région malade.

Ainsi les chancres de la verge s'accompagnent d'adénite inguinale, qui, dans la majorité des cas, siége des deux côtés. Si vous vous rappelez la disposition des lymphatiques du gland et de la verge, vous vous expliquerez facilement cet envahissement des ganglions; le gland est entouré par une couronne de lymphatiques qui s'anastomosent les uns avec les autres. Vous trouverez aussi dans l'aine les ganglions accusateurs des chancres de la muqueuse anale, mais ce sont les ganglions les plus internes qui sont envahis.

Dans le chancre des lèvres, nous rencontrons l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et particulièrement d'un ganglion placé sur le mylo-hyoïdien.

Pour la langue, nous avons l'adénopathie sus-hyoïdienne.

Pour l'œil, le ganglion préauriculaire.

Le chancre du sein retentit sur les ganglions qui sont situés à la partie antérieure de l'aisselle, tandis que les chancres du membre supérieur déterminent l'engorgement du ganglion epitrochléen et des ganglions situés à la partie médiane de la base du creux axillaire.

Un point extrêmement curieux de l'adénopathie primitive, sur lequel Hunter avait appelé l'attention et que M. Ricord a rendu classique, est le suivant : Le retentis-

sement du chancre s'arrête au premier groupe des ganglions correspondants ; ainsi, dans l'adénopathie inguinale, les ganglions profonds ne sont jamais atteints, les ganglions superficiels, seuls, sont envahis.

Cette opinion, admise sans conteste par tous les syphiliographes, a été battue en brèche par notre excellent collègue, le Dr Fournier, dans ses remarquables leçons sur la syphilis : « Au lieu de se limiter, dit-il, comme on le croyait, au premier groupe des ganglions correspondants au chancre, l'infection syphilitique peut retentir sur les ganglions situés au delà ; » ainsi pour les chancres des organes génitaux, il pourrait se former des pléiades iliaques en aval, pour ainsi dire, des pléiades inguinales.

Le savant médecin de Saint-Louis s'appuie sur trois autopsies de femmes, atteintes de chancre syphilitique, mortes de maladies intercurrentes, chez lesquelles il a trouvé, outre les ganglions superficiels, des ganglions iliaques.

Sur une des pièces, on constata, au-dessus de l'arcade fémorale, quatre ganglions étagés le long des vaisseaux iliaques.

Sur la seconde, il y avait, dans la fosse iliaque, neuf ganglions gros comme des noisettes ; cinq, au niveau de l'arcade crurale, trois, au côté interne de la veine, et un au niveau de l'origine de l'hypogastrique.

Enfin, dans la troisième, la série iliaque était formée de cinq ganglions gros comme des olives, recouvrant l'artère et la veine iliaques.

Je n'ai pas besoin de m'appesantir sur les conséquences doctrinales que pourrait avoir l'opinion de M. Fournier, si elle était confirmée, mais il n'y a peut-être dans les faits, dont je viens de vous parler, qu'une simple coïncidence.

Les ganglions iliaques ne sont pas très-nombreux ; on en trouve, le plus ordinairement, trois, placés au-dessus de l'arcade crurale : un à la partie interne des vaisseaux, un

au-dessus et un troisième en dehors du paquet vasculaire; en outre deux ganglions situés à la partie externe de l'artère vont rejoindre les ganglions hypogastriques. Chez l'homme et surtout chez l'homme jeune, dont les parois abdominales sont peu épaisses, il est facile d'explorer la région iliaque ; aussi ai-je souvent pu, en dehors de toute lésion des organes génitaux, vous faire constater la tuméfaction des ganglions iliaques. Il n'y a pas longtemps, vous avez pu voir dans nos salles un garçon, de 19 ans, entré pour se faire traiter d'une adénite strumeuse inguinale, chez lequel nous avons constaté une adénite iliaque excessivement prononcée.

Ces faits, sur lesquels mon attention avait été attirée depuis longtemps, ne me permettent pas d'admettre l'explication donnée par M. Fournier, et, comme je vous le disais plus haut, notre savant collègue a peut-être été trompé par une simple coïncidence. Aussi, pour éclaircir ce point, ai-je examiné avec soin les malades couchés dans mes salles, et voici les renseignements que j'ai obtenus.

Sur les 34 sujets syphilitiques, il y en avait :

16 avec ganglions iliaques ;
18 sans ganglions iliaques.

Sur 25, non syphilitiques, nous avons trouvé 9 fois les ganglions iliaques tuméfiés, 16 fois les ganglions iliaques intacts.

Vous voyez donc que nous pouvons admettre que l'engorgement des ganglions iliaques, trouvé chez les malades de M. Fournier, peut bien ne pas avoir été occasionné par le chancre, puisque, sur 34 syphilitiques, plus de la moitié ne présentait pas cette lésion et, sur 25 non syphilitiques, 9 individus avaient des adénites iliaques.

L'adénite iliaque est une lésion plus fréquente qu'on

ne le croit. Elle complique, presque toujours, l'adénite inguinale de cause strumeuse, et elle persiste beaucoup plus longtemps que celle-ci ; probablement, parce que la thérapeutique a sur elle beaucoup moins d'action. Ainsi, le jeune garçon dont je vous parlais il y a quelques instants, est sorti guéri de son bubon inguinal ; mais l'engorgement iliaque persistait ; que cet enfant prenne un chancre syphilitique, on trouvera l'adénopathie inguinale caractéristique de cette lésion, compliquée d'adénite iliaque qu'il sera tout naturel, n'étant pas au courant de l'histoire du malade, de rapporter au retentissement du chancre. Quelques-uns d'entre vous ont examiné, au n° 7 de la salle 11, un individu, âgé de 45 ans, atteint d'un énorme bubon strumeux inguinal, compliqué d'adénite iliaque. Cet homme est resté cinq mois dans nos salles ; malgré tous nos soins, l'adénite inguinale a suppuré, puis la masse ganglionnaire iliaque s'est ramollie, un énorme abcès s'est formé et la mort est survenue avec des accidents d'infection putride.

Les ganglions iliaques reçoivent, par des vaisseaux afférents des ganglions inguinaux, les lymphatiques des membres inférieurs, des organes génitaux externes, du périnée, de la marge de l'anus ; ils reçoivent directement les lymphatiques de la paroi inférieure de la paroi abdominale, il est donc facile de comprendre dans combien de circonstances ils peuvent devenir le siége de tuméfaction qui peut passer tout à fait inaperçue. Je ne veux pas pousser plus loin l'histoire de l'adénite iliaque, mon but était d'appeler votre attention sur cette lésion trop peu étudiée et, en outre, de vous donner les raisons qui ne me permettent pas encore d'adopter l'opinion émise par mon savant collègue.

II

Entre le chancre et l'adénopathie, on constate souvent la

preuve palpable de la relation qui existe entre ces deux accidents, je veux parler de la lymphangite ou lymphite.

Vous connaissez le riche réseau lymphatique qui entoure la couronne du gland au niveau du cul-de-sac balano-préputial. Il reçoit les lymphatiques du prépuce, du gland, ceux du canal de l'urèthre, et il se termine, à la partie supérieure du gland par un cordon lymphatique, quelquefois par deux cordons qui vont se jeter dans les ganglions inguinaux. Outre ce gros tronc de la région dorsale de la verge, il existe d'autres petits troncs qui sont formés par les lymphatiques de la peau de la verge, qui communiquent avec les lymphatiques du prépuce.

Dans le plus grand nombre des cas, on ne trouve aucune lésion des vaisseaux lymphatiques, mais il n'en est pas toujours ainsi; d'après les statistiques faites sur ce sujet, on constate sur le cinquième des malades l'engorgement des lymphatiques. J'ai pu vous en montrer de très-beaux exemples, et vous avez pu remarquer qu'ils ne se présentent pas tous de la même manière.

Le plus souvent on constate à la face dorsale de la verge un cordon dur que l'on peut sentir soit en serrant la verge entre le pouce et l'index, soit en soulevant la peau et en la faisant rouler entre les doigts. Ce cordon du volume d'un petit stylet de trousse est dur, il persiste, dans certains points de son trajet, des petits renflements un peu plus durs, qui siégent probablement au niveau des valvules.

On peut suivre ce cordon jusqu'à la racine de la verge où il se perd dans l'épaisseur de la peau, mais j'ai pu, sur un de nos malades, vous faire suivre un de ces cordons jusqu'au ganglion.

Voici ce que vous trouverez dans la majorité des cas, mais cette lymphite prend quelquefois des proportions plus considérables. Chez un de nos malades couchés à la salle 10, je vous ai fait reconnaître la présence d'un chancre

syphilitique près du frein de la verge, et tout le gland était entouré par un réseau lymphatique dur, résistant dont on pouvait facilement reconnaître les mailles. Chez d'autres malades, on ne peut pas distinguer les cordons qui forment ce réseau ; toute la couronne du gland est entourée par un tissu qui donne une sensation tellement semblable à l'induration chancreuse qu'il est matériellement impossible de reconnaître le siége du chancre ; et comme, dans ces cas, il est impossible de faire découvrir le gland, vous ne constatez plus de chancre lorsque vous parvenez à faire décaloter le malade, chancre et lymphite se sont guéris en même temps.

Ce réseau lymphatique qui entoure la couronne du gland peut amener quelquefois des modifications importantes du prépuce ; siégeant sous la muqueuse qui forme le repli balano-préputial, il gêne beaucoup la circulation veineuse de cette région, aussi trouve-t-on le plus ordinairement un œdème considérable du prépuce.

Toute l'extrémité du prépuce est tuméfiée, tuméfaction mollasse qui a un caractère bien distinct de l'anneau dur dont je viens de vous parler, mais qui laisse à sa suite des épanchements plastiques dont la durée est interminable. L'induration chancreuse, la lymphite ont disparu, qu'il est impossible de faire découvrir le gland ; l'ouverture du prépuce est tellement diminuée que bien des malades demandent à être opérés de la circoncision ; cette opération est inutile et, avec de la patience, on voit, après quelques mois, le prépuce reprendre toute sa souplesse.

Lorsque les malades se présentent avec ces accidents, il y a toujours un écoulement entre les lèvres du prépuce ; cet écoulement, toujours sanieux, est, dans quelques cas, tout à fait purulent. Il faut alors surveiller avec grand soin l'état des parties malades et se guider sur l'odeur du

pus, car on voit quelquefois survenir de graves accidents du côté du gland. Voilà ce qui peut arriver.

Sous l'influence de l'épanchement œdémateux, la peau de la verge perd sa souplesse et sa faculté de se laisser dilater, le gland, augmenté de volume par la lymphangite, ne pouvant distendre suffisamment le prépuce, se trouve subir à sa base un étranglement tel que la circulation est arrêtée et qu'il peut devenir le siége d'une gangrène plus ou moins étendue.

Ce mécanisme, par lequel se produit la gangrène, n'est pas spécial aux lésions dont nous venons de nous occuper, il se présente toutes les fois que le gland tuméfié trouve une résistance du prépuce.

Vous avez pu voir, dans ce service, de tristes exemples de ce genre de gangrène occasionnée par des chancres simples, par des ulcérations secondaires occupant toute la couronne du gland; j'ai même pu vous montrer deux malades qui ont perdu une partie du gland, par ce processus, pendant le cours d'une blennorrhagie.

La marche de la gangrène du gland est excessivement rapide; pour pouvoir la reconnaître et éviter une destruction complète, le signe qui guide le plus sûrement est, comme je vous le disais plus haut, l'odeur de l'écoulement balano-préputial. Dès que l'écoulement présente une odeur gangréneuse il faut se hâter de faire cesser l'étranglement du gland par l'incision du prépuce. Cette opération est excessivement simple, il suffit d'introduire une branche de forts ciseaux jusqu'au fond de la partie supérieure du cul-de-sac préputial et ensuite d'inciser d'un coup de ciseaux tout le prépuce, qui présente souvent une épaisseur de près d'un centimètre. Le bistouri ou les petits ciseaux de trousse sont de mauvais instruments pour faire ce débridement; les petits ciseaux exigent que l'on s'y reprenne à plusieurs

fois, le bistouri est plus douloureux, car il faut tirer assez fortement pour inciser d'arrière en avant.

L'incision du prépuce peut sauver des glands dont la gangrène se serait entièrement emparée; mais il ne faut pas tarder et, surtout, il faut la faire complétement ; en 48 et même 36 heures, un gland peut être frappé de sphacèle. Si le débridement n'a pu être fait en temps voulu, on trouve une portion plus ou moins considérable du gland avec une teinte grise, analogue à la teinte feuille morte de l'intestin sphacélé, qui nous indique tout ce qui va tomber. La perte de substance, lorsqu'elle n'est pas très-étendue, ne fait pas de grands ravages et ne déforme pas trop le gland, mais, dans quelque cas malheureux, le gland se trouve réduit à un petit cône à l'extrémité duquel se trouve le méat. Aussi, mettant en balance les délabrements que peut produire la gangrène et la circoncision que le débridement vous force à faire quelques semaines plus tard, lorsqu'il faut enlever les deux lambeaux formés par le prépuce dégonflé, n'y a-t-il pas à hésiter.

Si je me suis un peu étendu sur la gangrène du gland produite par compression de dedans en dehors, quoique ce mécanisme ne soit pas particulier aux chancres syphilitiques, c'est que par un hasard, que je ne puis cependant pas qualifier d'heureux, vous avez été à même d'étudier plusieurs cas de gangrène du gland, gangrène sur le processus de laquelle les livres classiques donnent peu de détails.

III

Revenons maintenant au cordon lymphatique que l'on rencontre souvent, comme je vous l'ai fait constater, sur la partie dorsale de la verge et qui va du chancre au ganglion. Survenu quelques jours après l'induration du chancre,

il peut quelquefois persister après la guérison de l'ulcère; mais si le chancre n'a pas été excité par les pansements, l'induration lymphatique guérit plus rapidement que celle du chancre. Vous trouverez, dans les ouvrages classiques, plusieurs observations d'abcès développés dans un vaisseau lymphatique dépendant d'un chancre syphilitique; j'en ai publié un cas, dont vous pouvez voir la reproduction due à notre habile mouleur M. Jumelin; on a même décrit des cas de lymphorée survenue dans ces circonstances, mais je crois que ces faits sont tout à fait exceptionnels; il n'en est peut-être pas de même pour une autre lésion beaucoup plus fréquente, mais qui ne me paraît pas avoir été signalée. Je viens de vous faire examiner, à la salle 9, un malade porteur d'une de ces lésions.

Cet homme, couché au n° 9, salle 15, entre à l'hôpital pour un très-beau chancre ulcéreux situé dans le sillon balano-préputial; ce chancre, dont l'incubation a été de 23 jours, remonte à une douzaine de jours; outre le chancre, cet homme présente, sur la peau de la verge, une croûte grise brunâtre qu'il affirme être survenue à la même époque que le chancre. Pressé d'être plus précis, cet homme dit que ce bouton a dû venir deux ou trois jours après le chancre, mais pas plus tard.

Cette lésion a tout à fait l'aspect d'un chancre cutané, décrit dans beaucoup d'auteurs sous le nom de chancre ecthymateux, mais auquel M. Fournier, qui l'a étudié avec grand soin, donne avec raison le nom de chancre croûteux.

On constate, en effet, une papule couverte d'une croute brunâtre, large comme une pièce de 50 centimes, fort peu épaisse; en l'arrachant, on trouve une surface rouge analogue à de la chair, pas de bords décollés et reposant sur une base indurée, en un mot un véritable chancre érosif. Je crois que pas un chirurgien n'hésiterait à porter le diagnostic d'un double chancre syphilitique; un, dans le

sillon balano-préputial, le second, sur la peau de la verge.

Est-ce là le diagnostic que l'on doive porter ?

Je ne le crois pas.

Examinez, avec la loupe, le centre de cette érosion, vous y trouverez un point moins brillant, un peu plus profond, et si vous cherchez à vous rendre un compte plus précis de la disposition de ce point en le touchant avec un crin, vous pourrez faire pénétrer ce crin dans une petite étendue, tandis que, dans les points environnants, vous ne pourrez pas y parvenir.

Comme je vous le disais plus haut, cette érosion repose sur une induration ; si on palpe la peau environnante, on constate, au-dessus et au-dessous de la lésion dont je vous entretiens, un vaisseau lymphatique induré. Chez notre malade, la peau de la verge est très-souple; on peut en la soulevant palper la face inférieure de l'érosion et y constater le cordon lymphatique dans toute son étendue, avec un point plus saillant au centre.

La lésion sur laquelle je viens d'appeler votre attention n'est pas rare, je l'ai rencontrée sur plusieurs malades et j'ai pu suivre son évolution. Au début, il existe une papule dont l'épiderme tombe soit spontanément, soit accidentellement, et la croûte se forme par le dépôt de la sécrétion; aussi peut-elle se reproduire plusieurs jours de suite.

A quelle lésion avons-nous à faire ?

Est-ce, comme je vous le disais, un chancre syphilitique, et sommes-nous en présence d'un malade porteur de deux chancres? Rien ne s'oppose à ce qu'il existe plusieurs chancres syphilitiques sur un même individu, quoiqu'on ait le tort de regarder l'unité comme un des signes du chancre syphilitique ; mais, ici, l'érosion présente un caractère particulier : une dépression au centre, dépression dans laquelle on peut faire pénétrer un corps

étranger, et de plus elle est en rapport avec un vaisseau lymphatique qui semble la mettre en communication avec le premier chancre.

J'ai voulu éclaircir la question en faisant examiner au microscope une lamelle du tissu dans lequel pénétrait le crin, malheureusement le résultat a été nul; pour obtenir quelque chose de positif, il serait indispensable d'enlever toute la papule, expérience que l'on hésite à faire, car elle laisserait une vaste plaie pouvant amener de sérieux inconvénients pour le malade.

Un fait qui peut venir encore à l'appui de la distinction avec le chancre syphilitique, c'est la rapidité avec laquelle la guérison s'obtient; en trois ou quatre jours la cicatrisation est obtenue, et il reste un noyau dur avec lequel se confond la lymphangite.

Ces particularités me portent à admettre que nous sommes en présence d'une lésion du système lymphatique. Je ne crois pas que l'on puisse penser à un ganglion, il n'en existe pas dans cette région ; de plus , les ganglions syphilitiques ne se comportent pas de cette manière; aussi suis-je disposé à voir une lésion produite sur un vaisseau lymphatique.

Y a-t-il éraillure du vaisseau et infiltration du virus syphilitique dans le tissu cutané, analogue au transport de ce virus dans les ganglions? Y a-t-il dilatation du cordon au niveau d'un des petits renflements que l'on constate le long des cordons lymphatiques indurés? J'avoue mon hésitation pour donner une démonstration bien positive de la pathogénie de la lésion que je viens de vous décrire, mais je la regarde comme tellement réelle que je lui donnerais volontiers le nom de faux chancre, pseudochancre.

Si, comme je le pense, les recherches ultérieures viennent confirmer cette théorie, on sera conduit à diminuer le nombre des malades atteints de chancres multiples dans

une même région, car nombre d'ulcérations admises comme chancres ne sont que des pseudochancres développés dans le réseau lymphatique.

Sur la peau, ces altérations lymphatiques prennent l'aspect de chancres croûteux, et sur les muqueuses elles doivent revêtir celui d'érosions.

IV

Comme traitement de l'adénopathie et de la lymphangite syphilitiques, vous avez pu voir que nous sommes assez expectants.

Avec du repos et des pansements non irritants, la lymphangite disparaît rapidement. Pour les pseudochancres, j'emploie l'onguent napolitain et, comme je vous le disais, la guérison s'obtient en quelques jours.

L'adénopathie disparaît, dans la majorité des cas, sans traitement spécial; cependant je crois que lorsqu'elle est considérable, il y a avantage à la soumettre aux frictions mercurielles. Dans notre service, je fais faire dans ces cas des frictions mercurielles pendant quatre jours de suite, puis on laisse reposer le malade le même temps et on refait ensuite les onctions.

Je crois que ce mode de traitement doit être employé, principalement chez les individus qui ont une disposition scrofuleuse, car, ainsi que je vous l'ai dit dans une de nos conférences, la scrofule donne un développement rapide aux adénopathies syphilitiques.

III

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(*Suite et fin*)

III.

Le diagnostic des tumeurs gommeuses de la langue ne présente pas de grandes difficultés, quand il existe dans la cavité buccale, dans le pharynx, ou sur d'autres parties du corps, des accidents dont la nature syphilitique ne laisse aucun doute. Mais lorsque l'accident primitif est nié, ou a passé inaperçu, ainsi que les manifestations consécutives ; lorsqu'on ne découvre dans les antécédents que des traces obscures de syphilis, ou qu'il n'en existe aucune, la question peut devenir embarrassante. Les affections de la langue désignées sous le nom de *psoriasis lingual*, donnent lieu quelquefois à un mamelonnement, avec induration, qu'il serait aisé de prendre pour des productions gommeuses. Mais l'état de la muqueuse, sa desquamation écailleuse, la couleur blanc d'argent des squames, l'état cicatriciel des bords de la langue, et surtout le processus général et la longue durée de la glossopathie, mettraient bientôt sur la voie du diagnostic. Ajoutez que les hésitations seraient bientôt levées, car le traitement spécifique, qu'on ne manque pas d'instituer dans les cas douteux, exerce prompte-

ment une action curative sur les glossopathies syphilitiques, tandis qu'il est inerte et même nuisible dans les glossopathies psoriasiques d'origine dartreuse ou arthritique, surtout quand elles subissent la dégénérescence épithéliomateuse. J'ai traité longuement toutes ces questions dans mon mémoire, sur le *Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*, et je vous y renvoie.

Le diagnostic entre les tumeurs gommeuses et certaines formes du cancer de la langue est quelquefois fort embarrassant au début, et on ne peut y arriver qu'après plusieurs semaines, quand on a vu l'envahissement graduel de la tumeur maligne se continuer et même s'aggraver sous l'influence du traitement spécifique. Vous pourrez en juger par le cas suivant que j'ai recueilli en 1869. Je pensai d'abord à des tumeurs gommeuses de la langue; mais, au bout de quelque temps, je dus renoncer à tout espoir de guérison et la nature maligne de la glossopathie se révéla clairement.

En juin 1869, mon ami M. le Dr Bodin, de Tours, m'adressa un malade, âgé de 50 ans, qui était atteint depuis un an environ d'une affection grave de la langue. M. X... avait toujours été fort, vigoureux, bien portant, quoiqu'il eût éprouvé dès l'âge de 8 ans des accidents scrofuleux du côté du genou et de la fesse gauches, qui n'avaient été définitivement guéris que 40 ans après leur apparition.

A l'âge de 44 ans, M. X... contracta des chancres syphilitiques à Pesth. Deux mois après, il eut une éruption pustuleuse et confluente sur la figure et dans la bouche, des espèces de clous et d'anthrax sur tout le corps, et des plaques muqueuses dans la bouche. La santé générale n'en fut pas altérée ; ces accidents durèrent trois mois et furent traités par le mercure et l'iodure de potassium. M. X... fit ensuite trois saisons consécutives à Baréges.

Les eaux sulfureuses provoquèrent les deux premières fois le retour des accidents, sous la même forme. Mais peu à peu ces manifestations diminuèrent d'intensité, et finirent par disparaître.

Après s'être traité pendant les trois premières années de sa syphilis, M. X .. s'abstint de prendre du mercure et de l'iodure de potassium pendant les treize années suivantes. Il se contenta d'aller tous les ans soit à Luchon, soit aux bains de mer. Il fumait beaucoup, et avait depuis quelques années la lèvre inférieure toujours irritée et souvent excoriée.

C'est à l'âge de 49 ans que M. X... commença à éprouver une sensibilité gênante et même douloureuse dans la langue. Quand il vint me consulter, le 25 juin, je la trouvai couverte d'un épiderme blanchâtre et opaque, et fendillée sur plusieurs points. A sa surface supérieure à gauche, existait une tumeur de 1 millimètre. Ovalaire dans le sens antéro-postérieur, un peu inclinée et implantée par sa base dans le tissu de la langue, sous forme d'une masse dure, régulière, homogène, ayant le volume d'une amande. A côté d'elle il existait une petite tumeur pisiforme sous-muqueuse.

Vers la partie moyenne du bord droit de la langue et à peu près au même niveau que la première tumeur, il y en avait une autre, également plongée dans le parenchyme de l'organe, grosse comme une cerise, dure, lardacée, blanchâtre et fendillée à sa surface supérieure qui formait une légère saillie au-dessus de l'organe.

Il n'existait point de ganglions maxillaires ni cervicaux. La circulation de la face et du cou s'exécutait librement. Les douleurs étaient locales et sans aucune irradiation vers les parties voisines.

La lèvre inférieure était le siége d'une desquamation épithéliale qui laissait à nu des érosions irrégulières

sèches, superficielles, recouvertes d'un épithélium jaune. Depuis 5 ou 6 ans que cet état morbide s'était produit, par suite sans doute de l'abus du tabac, la lèvre inférieure s'était un peu épaissie et était chagrinée comme si ses papilles s'étaient hypertrophiées.

Le nez et la gorge étaient intacts. Aucune lésion sur la peau. Cicatrices profondes sur la cuisse et autour du genou gauche, attestant l'existence antérieure d'abcès scrofuleux ossifluents. Ils n'étaient pas encore guéris quand le malade avait contracté la syphilis. Cette nouvelle maladie constitutionnelle n'exerça aucune influence fâcheuse sur les manifestations de la scrofule qui continuèrent sans aggravation ni diminution jusqu'à l'âge de 48 ans. Quatre ans avant l'époque où M. X... vint me consulter, on lui avait extrait de la cuisse un fragment d'os nécrosé de 5 centimètres de longueur.

Malgré toutes ces graves affections la santé du malade était excellente; il avait le teint coloré, de l'embonpoint, des forces comme à 25 ans, qu'il dépensait dans une vie très-active de chasse, de voyages à pied et autres exercices hygiéniques. Il était riche, vivait très-confortablement, mangeait et digérait bien et ne faisait aucun abus de liqueurs fortes, ni de femmes, quoique les fonctions génitales fussent encore en parfait état chez lui.

Quelle était la nature de cette glossopathie ? Malgré l'état un peu équivoque de la lèvre inférieure, je pensais que les tumeurs de la langue étaient des tumeurs gommeuses, et je prescrivis un traitement mixte dans lequel l'iodure prédominait. L'absence d'adénopathies sous-maxillaires, de douleurs irradiantes, d'embarras dans la circulation du cou et de la face, de troubles dans la santé générale ; la régularité, l'homogénéité des tumeurs, la netteté et la forme de leurs contours, leur implantation comme par

enkystement et sans racines, au sein du tissu lingual, enfin la physionomie générale de la lésion, etc., etc., toutes ces circonstances me faisaient pencher du côté de la syphilis, et je conclus de mon examen et de mon interrogatoire qu'elle était la véritable cause diathésique de la glossopathie, tandis que l'abus du tabac n'en avait été que la cause provocatrice et occasionnelle. Cependant je fis mes réserves au sujet du cancer. Je n'avais pas encore étudié le psoriasis de la langue et l'épithélioma, qui en est si souvent la conséquence, comme je l'ai fait depuis. Peut-être qu'aujourd'hui, en présence d'un cas pareil, j'aurais plus d'hésitations dans mon diagnostic ; mais je crois que je donnerais l'iodure seul ou le biodure ioduré, ne fût-ce que comme pierre de touche.

L'inefficacité du traitement auquel j'avais soumis M. X .. ne devenait que trop manifeste au bout de quelques jours. Le 6 juillet, je constatai que la tumeur du côté droit de la langue s'était élargie et ulcérée. Elle suppurait beaucoup et par moments devenait d'une sensibilité excessive, amenait des irradiations névralgiformes très-vives dans l'oreille, dans le cou et dans la mâchoire du même côté. La tumeur gauche présentait aussi de l'aggravation mais pas à un degré aussi prononcé. La santé générale était toujours bonne.

Évidemment, au bout de 12 jours de traitement, la glossopathie, au lieu de s'améliorer, avait empiré. Les tumeurs s'étaient agrandies puis ramollies et ulcérées et elles s'accompagnaient maintenant de douleurs irradiantes, ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'alors.

Sur mon conseil, le malade alla consulter M. Ricord, qui se montra indécis sur la nature de l'affection. Il conseilla néanmoins l'iodure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes. J'avais supprimé le mercure.

Le 15 juillet, les deux tumeurs avaient encore augmenté de volume, mais elles ne me semblèrent pas avoir poussé de racines vers la base de la langue. Cet organe conservait la liberté de ses mouvements et n'était que peu tuméfié. Les ganglions restaient intacts. Santé générale toujours très-bonne.

Ainsi l'iodure de potassium, quoique bien toléré par l'organisme, avait aggravé plutôt qu'amélioré la phonation, et le processus de ces tumeurs, quelle que fut leur nature, s'était accéléré dans un sens défavorable.

M. X... alla faire un voyage en Suisse et revint me voir le 5 août. Je le trouvai dans un état pire qu'au moment de son départ. La tumeur droite tombée en deliquium ou en gangrène, avait été à peu près complétement éliminée. A sa place existait une vaste excavation ulcéreuse par laquelle se faisait depuis la veille une abondante hémorrhagie. La tumeur gauche avait doublé de volume en progressant, surtout en arrière ; elle n'était pas encore ramollie. La langue était dans un état affreux. Elle était devenue le foyer d'atroces douleurs irradiantes qui s'élancaient surtout vers l'oreille correspondante, principalement la nuit. Quelques ganglions sterno-mastoïdiens s'étaient engorgés à gauche. Le plancher de la bouche n'était pas envahi. Aucune altération de la voix. Lèvre inférieure toujours dans le même état.

Il n'y avait plus de doute à avoir. La glossopathie n'était point syphilitique, mais épithéliomateuse. Je confiai le malade aux soins de M. le professeur Gosselin (1).

(1) Il s'agissait bien en effet d'un cancer de la langue, qui emporta le malade vers le mois d'octobre de la même année. — L'affection avait eu une durée de un an et demi environ.

DEUXIÈME PARTIE.

CARDIOPATHIES GOMMEUSES.

Historique. — Observations de Ricord, Lebert, Virchow, Lancereaux.

Nombreuses coïncidences pathologiques des cardiopathies syphilitiques. — Obscurité de leurs symptômes. — Mélange de phénomènes d'asystolie et de cachexie syphilitique.

Circonstances qui permettront de diagnostiquer la syphilose cardiaque. — Pronostic.

Myocardite fibreuse et myocardite gommeuse.

Anatomie pathologique : siége des lésions, — Volume des tumeurs. — Leur caractère microscopique. — Embolies consécutives.

Après les myopathies linguales, celles qui ont été les mieux étudiées, surtout dans ces temps derniers, ce sont les myopathies syphilitiques du cœur. Au commencement de ce siècle, Corvisart, frappé de la ressemblance des végétations valvulaires du cœur avec les excroissances vénériennes des parties génitales, avait conclu qu'elles devaient avoir la même origine, et, l'un des premiers, il avait parlé des cardiopathies de nature syphilitique. Laurence combattit cette manière de voir qui, malgré quelques tentatives infructueuses pour la rétablir, fut rejetée par tous les pathologistes, jusqu'au moment où des faits positifs, appuyés sur l'étude anatomo-pathologique de quelques lésions cardiaques trouvées sur des syphilitiques, vinrent démontrer qu'elle reposait sur des bases solides et non plus sur des hypothèses et des analogies.

I

La première observation est due à M. Ricord. Le dessin

des lésions se trouve dans sa *Clinique iconographique* (Pl. XXIV). Le malade avait eu plusieurs fois des chancres, puis des tubercules ulcérés de la peau. Il mourut subitement. — A l'autopsie, on trouva le cœur hypertrophié. L'endocarde du ventricule droit avait plus de 1 millimètre d'épaisseur; il était d'une consistance fibreuse et d'un blanc mat. A gauche, l'endocarde était recouvert, près de la pointe, par un thrombus adhérent, au-dessous duquel existait une infiltration hémorrhagique et une fausse membrane de 1 millimètre d'épaisseur. Sur plusieurs points des parois ventriculaires il y avait des masses tuberculeuses d'une substance jaunâtre, dure, criant sous le scalpel, totalement dépourvues de vaisseaux, mais ramollies en quelques endroits comme les gommes syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané. Les fibres musculaires étaient refoulées, comprimées, dégénérées et infiltrées de sang. Dans la base des poumons on trouvait des tumeurs analogues.

Plus tard vint une observation de Lebert, concernant une femme qui avait eu des tubercules syphilitiques de la peau. Dans les derniers temps de sa vie, elle présenta un souffle doux au premier temps. — A l'autopsie, outre des gommes du tissu cellulaire sous-cutané de la voûte crânienne, une carie du frontal et une ulcération du palais, on trouva dans les parois du cœur des tumeurs dures, élastiques, homogènes, d'un jaune rougeâtre, constituées par de petites cellules à noyau rond, entourées d'une substance finement granulée. Il y avait, en outre, un grand nombre de noyaux fibro-plastiques, etc. Il s'agissait donc, non pas de gommes encore caséeuses et ayant atteint leur complet développement, mais d'un tissu conjonctif récent, vasculaire et entièrement organisé, etc.

L'étude des lésions syphilitiques du cœur fut poursuivie

par Virchow, à qui nous devons les recherches les plus intéressantes sur ce sujet. Vous trouverez dans son *Mémoire sur la syphilis constitutionnelle* une longue observation dont je me bornerai à vous donner le sommaire :

Syphilis constitutionnelle. — Affection du cœur. — Dypnée et mort. — Myocardite, péricardite, endocardite gommeuses. — Anévrysme partiel du cœur avec thrombose. — Carnification et indurations cicatricielles du poumon. — Foie muscade avec hyperplasie. — Tuméfaction simple de la rate. — Tuméfaction parenchymateuse des reins. — Épaississement partiel de la muqueuse vésicale. Hernie obturatrice commençante. — Orchite simple et gommeuse. — Hyperplasie médullaire des ganglions inguinaux. — Pentastomes dans le foie et l'intestin. — Tricocéphale.

Outre ces recherches de Virchow, je dois vous signaler aussi celles d'un de mes savants collègues, M. le D[r] Lancereaux. Vous trouverez dans son *Traité de la Syphilis* la monographie la plus complète qui ait été publiée sur la syphilose cardiaque. Elle contient deux observations inédites dont voici le sommaire :

1. Oppression violente, asystolie, accès épileptiformes et mort. —Autopsie : cicatrices à la surface des circonvolutions et dans l'épaisseur de la substance cérébrale blanche; amas de globules de graisse dans le corps strié. — Tumeurs gommeuses multiples sous l'endocarde et dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche. Atrophie et dégénérescence des fibres musculaires. Dépressions et sillons cicatriciels à la surface du foie. — Double sarcocèle syphilitique.

2. Palpitations, dyspnée excessive, cyanose des extrémités, asystolie et mort. Tumeurs gommeuses et transformation fibreuse des parois du ventricule droit. Gommes et cicatrices du foie; cicatrices de la rate et des reins.

II

D'après la simple énumération de ces désordres, vous pouvez voir que la cardiopathie syphilitique existe rarement seule; qu'elle s'accompagne de lésions du foie, de la rate, des reins, du cerveau, etc., et qu'elle fait partie de la syphilis viscérale généralisée et pour ainsi dire envahissante. Aussi n'est-il pas étonnant que ses symptômes soient noyés au milieu de tous ceux qui surgissent sur tous les points de l'organisme aux phases extrêmes de la cachexie syphilitique. Rien de plus vague, en effet, de plus incomplet que les signes et les troubles fonctionnels de ces cardiopathies. On peut bien dire que le cœur est atteint dans son élément musculaire, mais il est à peu près impossible d'affirmer qu'il l'est à la suite de suffusions néoplasiques ou de gommes développées dans l'épaisseur de ses parois. Palpitations, désordre des battements du cœur, oppression, dyspnée, tendance aux lipothymies, faiblesse ou irrégularité du pouls, coloration terreuse de la peau, cyanose des muqueuses, distension des veines du cou, etc.; en un mot, asystolie sous ses diverses formes et à tous ses degrés, tel est l'ensemble des troubles fonctionnels causés par la cardiopathie syphilitique.

Ces signes se résument en une augmentation plus ou moins considérable de la matité du cœur, des bruits sourds, étouffés, accompagnés ou non d'un bruit de souffle léger, dont la cause organique et le siége sont toujours difficiles à préciser. En un mot, hypertrophie, dilatation, dégénérescence des fibres musculaires, survenues sous l'influence probable de la syphilis et reconnaissant pour cause immédiate le développement de productions néoplasiques diffuses ou circonscrites dans l'épaisseur des parois cardiaques: voilà ce que l'on doit soupçonner lorsqu'il existe d'autres

accidents syphilitiques concomitants, ou qu'on peut suivre jusqu'à la cardiopathie actuelle la filiation de ceux qui l'ont précédée et préparée.

Le processus de l'affection ne présente, du reste, aucune particularité qui puisse nous éclairer. Quant au traitement, il est rare qu'il soit efficace dans ces cachexies syphilitiques où le cœur, les poumons et les viscères des hypochondres sont eux aussi plus ou moins altérés. Les améliorations et à plus forte raison les guérisons qui ont été obtenues sont excessivement rares. A tous les points de vue le pronostic est donc des plus graves, et ce qui le prouve bien c'est que nous ne devons qu'aux nécropsies nos connaissances sur la syphilose cardiaque.

III

Les productions gommeuses du cœur s'accompagnent presque toujours de myocardite. D'après Virchow cette myocardite ne serait pas exclusivement gommeuse, mais la plupart du temps *fibreuse simple*. « Quand on examine, à l'autopsie, dit-il, un grand nombre d'individus atteints de syphilis constitutionnelle, on en trouve assez qui présentent des cicatrices fibreuses multiples dans le tissu musculaire du cœur, sans que l'on puisse en donner une autre étiologie. Ce point mérite du reste un examen plus approfondi, comme aussi l'existence d'une endocardite syphilitique (1). »

Je crois qu'en l'absence de tumeurs gommeuses, il est difficile de distinguer ces sortes de dégénérescences fibreuses de celles qui sont produites par d'autres causes générales, telles que l'arthritis ou l'alcoolisme. Dans l'arthritis, il est vrai, la lésion occupe presque constamment les orifices et

(1) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, tom. II, p. 436.

les valvules du cœur, et, dans l'alcoolisme, il existe de la surcharge graisseuse, et la dégénérescence granuleuse des fibres musculaires primitivement et indépendamment de tout état phlegmasique antérieur. Mais toutes ces influences étiologiques peuvent se combiner, et il est difficile d'en démêler les résultats.

La myocardite gommeuse aurait, au contraire, d'après M. Lanceraux, des caractères spécifiques incontestables. Voici, d'après cet auteur, le siége qu'occupaient les lésions dans les 9 cas qu'il a analysés :

Les deux ventricules	2	fois.
Le ventricule gauche	3	—
Le ventricule droit	2	—
La cloison interventriculaire	1	—
L'oreillette droite	1	— (1)

On peut conclure de ce tableau que la détermination syphilitique se fait principalement sur les fibres musculaires du cœur et que ses orifices et ses valvules sont respectés, du moins dans la majorité des cas.

IV

Les tumeurs gommeuses des parois cardiaques sont disséminées ou en groupe, de volume variable, arrondies, d'une consistance ferme ou caséeuse, grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, etc., semblables en un mot aux gommes des autres organes. Leur structure est finement cellulaire, leur stroma est constitué par du tissu conjonctif. Quand elles sont volumineuses, on peut y rencontrer aussi des faisceaux musculaires un peu atrophiés. C'est dans la cloison interventriculaire qu'elles acquièrent les plus grandes proportions. Virchow en a vu qui atteignaient là le volume d'un œuf de

(1) Lanceraux, *Traité de la syphilis*, p. 298.

pigeon et faisaient saillie dans les deux cavités cardiaques.

« Il est très-difficile, dit cet auteur, de distinguer ces gommes des sarcomes à petites cellules et des tubercules. Selon moi, le signe distinctif le plus important des gommes est la prompte dégénérescence graisseuse et la formation de grandes masses caséeuses d'une substance presque amorphe ; de plus, ces sarcomes du cœur ne sont jamais primitifs, et, quand ils sont métastatiques, l'examen des tumeurs-mères peut éclairer ce diagnostic. Les tubercules du cœur sont habituellement miliaires ; quand ils deviennent plus grands, il est difficile de les distinguer des gommes, et j'attacherais pour le moment une plus grande importance à la concomitance d'une tuberculose générale qu'aux caractères des tubercules isolés. Toutefois on trouve sous ce dernier rapport un auxiliaire utile dans l'enkystement des tumeurs gommeuses par des couches charnues ou calleuses du tissu connectif, ainsi que dans la dimension plus grande des cellules isolées (1). »

Les gommes du cœur subissent les mêmes phases de régression que les gommes des autres muscles. Elles se ramolissent; et, quand leurs produits ultérieurs ne se résorbent pas, ils peuvent se vider à la suite d'ulcération dans la cavité cardiaque, se mêler au sang et déterminer des embolies partielles ou une embolie générale. Dans le cas rapporté par M. Oppolzer, une semblable terminaison paraît avoir eu lieu. Un homme, atteint de syphilis, tomba tout à coup frappé d'hémiplégie et succomba au bout de quelques jours. L'autopsie fit découvrir un ramollissement du lobe moyen de l'hémisphère droit, avec oblitération de l'artère de Sylvius; au-dessous des valvules aortiques existaient deux petits orifices qui faisaient communiquer le ventricule avec

(1) Virchow, *loc. cit.*, p. 435-36.

une cavité capable de contenir un haricot, et qui paraissait résulter du ramollissement d'une tumeur gommeuse.

Dans les cardiopathies gommeuses, l'endocarde a presque toujours été trouvé épaissi, inégal, mamelonné, d'un blanc bleuâtre ou jaunâtre, au niveau des productions morbides, et même au delà dans une étendue plus ou moins considérable des ventricules. De pareilles lésions s'observent beaucoup plus rarement dans le péricarde.

V

Telles sont les seules notions à peu près positives que l'on possède actuellement sur la syphilose du cœur. Quant aux autres muscles internes, nos connaissances sur les lésions syphilitiques dont ils peuvent devenir le siége sont encore moins avancées. Je vous ai parlé, l'année dernière, des infiltrations gommeuses qui se faisaient quelquefois dans les muscles pharyngo-palatins, je n'y reviendrai pas.

Le diaphragme peut-il être atteint par la syphilis? M. Murchison (1) a rapporté un cas qui semblerait le prouver.

En voici le résumé : La malade s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, elle se maria, et, peu de temps après, son mari lui communiqua la syphilis. Bientôt survinrent des ulcérations du pharynx, des éruptions sur la peau, de l'alopécie, etc. Sept mois après son mariage, elle accoucha d'un fœtus mort. Au bout de vingt-deux mois, elle eut un second accouchement prématuré, mais l'enfant survécut. Six mois après, elle fit une troisième fausse couche, et deux autres l'année suivante.

Peu de temps après la dernière fausse couche, cette malade, qui avait beaucoup souffert quelque temps après son

(1) Murchison, *Trans. path. Soc.*, vol. XIII, p. 333.

mariage d'une angine ulcéreuse, et qui avait toujours eu de temps en temps quelques poussées de syphilides sèches, fut prise dans la nuit de trois attaques d'épilepsie. Elle n'en avait jamais eu auparavant; mais, depuis quelques jours, elle se plaignait de maux de tête, de vertiges et de troubles visuels. Ces attaques se reproduisirent à des intervalles qui variaient d'une semaine à un mois. Il existait toujours une violente céphalalgie qui occupait principalement le côté gauche et la région occipitale. La mémoire ne tarda pas à se perdre. Puis les attaques épileptiformes devinrent plus fréquentes. Quelques-unes seulement furent caractérisées par des convulsions générales et de l'écume à la bouche. Après ces attaques, la malade restait quelquefois inconsciente à moitié pendant plusieurs heures. Toujours des maux de tête très-violents. Plus tard, bouffissure de la face, œdème des jambes, urines albumineuses. Un jour, il lui survint de violentes douleurs dans l'abdomen avec une extrême sensibilité de toute la région. Elle eut des vomissements et de la diarrhée; le pouls et la respiration se précipitèrent, et elle succomba au bout de 48 heures, en pleine connaissance.

Autopsie. — Sur le côté droit du frontal, dans un espace de la largeur d'une pièce de 2 francs, le tissu osseux était beaucoup moins coloré et d'une nature plus spongieuse que le reste; il bombait légèrement du côté de la cavité crânienne et avait une partie de sa circonférence injectée. La dure-mère et la substance nerveuse sous-jacente étaient saines.

Du côté gauche du frontal, à partir de la voûte orbitaire, dans une étendue de deux ou trois pouces en haut et en arrière, le tissu osseux était aminci, spongieux, et dans quelques points tellement ramolli qu'il conservait l'impression de l'ongle. A ce niveau, la dure-mère adhérait, mais était épaissie de 1/3 de pouce par la présence d'une tumeur qui proéminait sur sa face profonde. Ce néoplasme était d'un jaune pâle, opaque et assez résistant. Par la pression, il n'en sortait aucun liquide, et le microscope y faisait découvrir un tissu fibrillaire avec quelques noyaux et de nombreux petits globules graisseux. Cette tumeur ne pouvait être détachée

de la dure-mère ; elle adhérait aussi au cerveau. La substance grise faisait défaut sur la plus grande partie de la portion encéphalique sous-jacente. La pie-mère était injectée, les sinus remplis d'un caillot noir et mou. On voyait en outre de nombreux foyers hémorrhagiques.

Cœur et poumons sains ; injection rouge-brique du péritoine, et adhérence des anses intestinales entre elles par une lymphe jaune et gluante.

Foie hypertrophié, non décoloré, mais flasque ; dépressions superficielles et radiées ressemblant à des cicatrices, sur les faces supérieure et inférieure du lobe droit ; état graisseux des lobules ; vers la partie moyenne du bord postérieur du lobe droit, tumeur du volume d'une grosse noix, naissant de la capsule et plongeant dans le parenchyme, dure, jaune pâle, sèche, à cloisons blanchâtres, formée du tissu fibrillaire, de globules graisseux et d'une substance granuleuse. *Une autre tumeur de même nature et du volume de la moitié d'une grosse orange était située dans le tissu du diaphragme*, et, en se projetant en bas, établissait une connexion inséparable entre le lobe gauche et la rate.

Vous voyez que cette lésion du diaphragme n'était pas isolée ; elle faisait partie pour ainsi dire de la syphilose hépatique et avait dû se développer en même temps qu'elle. Aucun symptôme particulier, aucun trouble fonctionnel spécial n'aurait pu faire soupçonner son existence. Il est à regretter que l'auteur ne nous ait pas donné des détails plus précis sur son siége et qu'il ait passé sous silence l'état des fibres musculaires à son voisinage. Cette critique s'adresse du reste à toute l'observation. Elle est trop incomplète, par exemple, pour qu'on en puisse rien conclure au point de vue des localisations cérébrales. Pourtant, dans son ensemble et dans chacune de ses parties, ce fait présentait un grand intérêt. La syphilis a duré 7 ans ; pendant 3 ou 4 ans, elle s'est bornée à attaquer la peau, les muqueuses, et à provoquer de nombreuses fausses couches ,

puis est venue la détermination sur le cerveau sous forme d'épilepsie probablement partielle ; enfin, le foie et le diaphragme ont été attaqués et une péritonite aiguë, peut-être provoquée par leurs lésions, a emporté la malade.

TROISIÈME PARTIE.

COUP D'OEIL D'ENSEMBLE SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES. — LEURS DEGRÉS.

Messieurs, dans les quatre leçons que j'ai consacrées aux myopathies syphilitiques, j'ai essayé de vous faire voir et de vous expliquer tous les modes et tous les degrés que présentent les déterminations de la syphilis sur le système musculaire. Nous pouvons maintenant jeter un coup d'œil rétrospectif sur ce que je vous ai dit et embrassser, dans une vue d'ensemble, cette partie intéressante de la pathologie syphilitique.

I

Sur les muscles se rencontrent les extrêmes des souffrances et des lésions que la maladie constitutionnelle inflige à l'économie. Au début, à quelques jours de l'accident primitif, alors que le virus circule et se multiplie dans le système vasculaire et ses glandes, imprègne peu à peu tout l'organisme et élabore ses premières manifestations, les muscles ressentent quelquefois, avant tous les autres tissus, l'impression que fait sur eux le contact du principe morbide. Ils la traduisent par un sentiment plus ou moins vague de fatigue, de lassitude, de courbature ; et,

d'une façon plus accentuée, plus spécifique, par des douleurs sourdes, crampoïdes, ou par des élancements, des pointes de douleurs qui parcourent les principales masses musculaires et s'exaspèrent habituellement pendant la nuit. Ces sensations douloureuses varient beaucoup ; mais nul doute qu'elles n'aient pour siége la partie active du système locomoteur. Les douleurs ostéoscopes profondes sont plus rares à cette période de la maladie constitutionnelle. Et n'allez pas croire que ces phénomènes de souffrance musculaire ne fassent que réfléchir un état morbide général de faiblesse et d'anémie propre à la période d'invasion de la syphilis. Il y a autre chose qu'un contre-coup. Le muscle est attaqué d'une façon immédiate, directe, spéciale. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que l'on constate ces myalgies plus souvent peut-être chez les pléthoriques et les sanguins que chez ceux qui subissent l'influence anémiante de la vérole. Du reste cette influence anémiante a été singulièrement exagérée ; et, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les idées qui se transmettent sans contrôle et sans critique, auraient grand besoin d'être réformées. Sachez que les dyscrasies les plus opposées à l'anémie se rencontrent souvent au début de la syphilis; et, que loin de disparaître sous son action, elles s'exagèrent, au contraire, quelquefois dans le sens qui leur est propre.

Quoi qu'il en soit, les muscles sont impressionnés spécifiquement, mais ce n'est là qu'une souffrance fugitive qui disparaît sans laisser de traces et sans produire aucun trouble fonctionnel sérieux et de quelque durée (1).

(1) M. le Dr Fournier et M. le Dr Aparicio ont décrit un *tremblement musculaire* qu'on observe quelquefois chez les femmes syphilitiques dans les neuf ou dix premiers mois de l'infection. Il occupe exclusivement les membres, surtout les supérieurs. Circonscrit, unilatéral, cadencé et rythmique ou inégal et par soubresauts, il est

Dans ce *premier degré* de la détermination syphilitique, il n'existe probablement aucune lésion ni du côté de la fibre musculaire, ni du côté des filets nerveux qui l'animent. Le contact du principe toxique s'est borné à susciter des sensations douloureuses.

II

Il n'en est pas ainsi plus tard, ou même quelquefois à cette première période de la maladie constitutionnelle : l'affection musculaire s'accentue et se caractérise surtout alors par le trouble qui se produit dans l'état et le fonctionnement de la contractilité. De là ces myopathies syphilitiques complexes qui ont fait l'objet de mes trois premières leçons. Elles se localisent ou du moins atteignent toujours leur maximum d'intensité dans le biceps. Sa contracture en est le type le plus complet. D'autres fléchisseurs des extrémités supérieures et inférieures peuvent aussi être entravés dans leur rôle physiologique par un état plus ou moins prononcé de contracture. Enfin les extenseurs ne restent pas toujours en dehors de ce mode si particulier de détermination.

Ces myopathies, dont la contracture constitue l'élément principal, forment le *deuxième degré* dans l'ordre du processus. Ici il n'y a plus seulement, comme dans le pre-

très-irrégulier et intermittent, variable comme durée et insignifiant comme gravité. C'est donc un phénomène de peu d'importance, qui ne procède point directement de la syphilis, mais du nervosisme plus ou moins hystériforme qu'elle suscite chez les personnes nerveuses. Aussi ne le constate-t-on pas chez les hommes. — Il n'a pas plus de valeur symptomatique que l'*anesthésie*, qu'on ne rencontre qu'accidentellement chez quelques femmes; et c'est ce qui prouve bien que ces troubles nerveux dépendent du sujet et n'ont point pour cause immédiate la maladie constitutionnelle.

mier degré, impression morbide sur la sensibilité par le contact du principe toxique. Une altération matérielle et permanente dans ses effets se produit au sein du muscle.
Il est probable que c'est un état hypérémique qui se dissémine sur quelques-uns de ses faisceaux, de ses filets nerveux et de ses fibres tendineuses, etc. Ne vous étonnez pas de voir une lésion superficielle comme l'hypérémie produire le spasme. L'irritabilité des nerfs et des muscles n'est pas en relation directe avec la profondeur des lésions. Dans quelques affections catarrhales, dans le rhumatisme, dans la goutte ne voit-on pas souvent la congestion la plus simple perturber extraordinairement la sensibilité et la contractilité musculaires?

III

Le *troisième degré* de la détermination syphilitique sur les muscles appartient à l'ordre des phénomènes plus ou moins inflammatoires. Ici la lésion est évidente; elle a été étudiée et on peut dire qu'elle est connue dans toutes les phases de son processus et dans tous ses modes de terminaison. C'est la *myosite* avec le caractère de spécificité que la syphilis lui imprime, comme elle le fait à toutes ses autres manifestations.

IV

Enfin, au delà de la myosite ou à côté d'elle, se place le *quatrième degré* de la détermination syphilitique sur les muscles. Elle est constituée par la gomme. C'est avec la plaque muqueuse la lésion la plus imprégnée de spécificité, que produit la syphilis. Elles se trouvent toutes les deux aux deux points extrêmes de la maladie constitutionnelle : l'une, la plaque muqueuse, appartient à la période toxique; et l'autre, la gomme, à la période diathésique.

Les myopathies gommeuses avec les atrophies, les dégénérescences fibreuses, cartilagineuses, calcaires, qu'elles peuvent entraîner occupent la place la plus large et la plus importante dans la pathologie syphilitique des muscles. Elles sont rarement précoces. La plupart du temps au contraire elles ne se développent qu'à une époque très-éloignée de l'accident primitif. Quelquefois même les antécédents syphilitiques se perdent dans un passé si lointain qu'on ne peut plus les retrouver. C'est ce qui a lieu dans la plupart des cardiopathies de cette espèce; il devient impossible de leur assigner une date, de suivre la filiation des phénomènes; c'est ce qui rend leur histoire si obscure et si incomplète.

Tels sont les quatre degrés des myopathies syphilitiques, dans l'ordre anatomo-pathologique. Cette division s'applique aussi à l'ordre chronologique ou de succession, mais avec moins de rigueur. On voit par exemple des myopathies avec contracture coïncider avec des myopathies gommeuses ou venir plus tard qu'elles. L'existence des premiers degrés n'implique nullement l'apparition des autres à une période plus avancée, de même que les derniers degrés peuvent s'établir d'emblée et sans qu'il y ait eu préalablement aucune détermination sur le système musculaire.

TRAITEMENT DES MYOPATHIES SYPHILITIQUES.

Il ne me reste plus, pour terminer, qu'à vous présenter quelques considérations sur le traitement. Le mercure et l'iodure de potassium étant les deux seuls spécifiques contre la vérole, c'est à eux qu'il faut avoir recours. Les myopathies du premier et du second degrés cèdent à l'emploi du mercure seul; mais il vaut mieux administrer une médication mixte: elle m'a toujours paru beaucoup plus efficace. Les moyens locaux tels que émollients, irritants,

résolutifs, frictions avec des pommades mercurielles et iodurées, applications de bandelettes de Vigo, etc., sont d'utiles adjuvants pour le traitement interne.

On peut donc guérir les myopathies ; il y en a même qui guérissent toutes seules. Malheureusement on ne les prévient pas; et, ce qui le prouve trop, c'est qu'elles surviennent quelquefois en plein traitement mercuriel et ioduré.

Dans les myopathies gommeuses, il est nécessaire de donner l'iodure de potassium à de très-hautes doses, pour produire une résolution rapide et prévenir les dégénérescences du muscle et les infirmités qu'elles entraînent. Mais on ne réussit pas toujours, même en instituant la médication en temps opportun et à doses convenables. Quelques cas, très-rares il est vrai, sont réfractaires à l'action de l'iodure de potassium. Dans d'autres, l'état cachectique l'empêche de développer dans toute sa plénitude ses effets curatifs. Des circonstances aussi contraires ne se présentent qu'exceptionnellement, et la plupart du temps, lorsqu'on a découvert la cause spécifique de la myopathie, et que la lésion n'est pas engagée trop avant dans la régression, on peut la guérir en employant les mêmes remèdes que dans toute autre affection syphilitique.

IV

DE L'ECZÉMA, par le Dr E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis (leçons recueillies par M. Magne, interne du service).

(Suite.)

Forme chronique de l'eczéma.

La forme chronique de l'eczéma, de même que la forme aiguë, comporte deux modalités différentes. Tantôt, la chronicité s'établit d'emblée ; tantôt, au contraire, l'eczéma chronique n'est qu'un des modes de terminaison de l'eczéma aigu ; ce dernier cas est le plus fréquent.

Dans l'*eczéma chronique d'emblée* qui reconnaît pour cause la plus habituelle une irritation persistante, mais peu prononcée du tégument, après une poussée vésiculeuse dont le caractère inflammatoire est à peine marqué, on voit s'établir la période squameuse, déjà décrite, et qui se perpétue par la formation de nouvelles écailles, sécrétion épidermique morbide, produite par un derme encore malade.

La forme chronique est, le plus souvent, nous l'avons dit, la *conséquence* et *l'aboutissant de la forme aiguë;* alors toute trace d'inflammation a disparu. Les lésions antérieures persistent sans aucun caractère d'acuïté ; elles se perpétuent et s'immobilisent.

La peau peut rester indéfiniment squameuse, mais

quelle que soit l'évolution de l'eczéma chronique, qu'il ait commencé par la manière d'être ou la forme chronique, ou bien qu'il ait revêtu la forme chronique après avoir présenté un caractère aigu, toujours est-il que la forme chronique de l'eczéma se présente, sous deux aspects différents : tantôt les plaques eczémateuses n'ont absolument rien que de chronique, ce sont de vieilles lésions, dépourvues de tout caractère inflammatoire, et restant dans un *statu quo* invariable; tantôt au contraire sur une surface eczémateuse, à caractère chronique, vous voyez poindre de nouvelles poussées vésiculeuses qui, rajeunissent en quelque sorte la maladie, et la perpétuent en lui rendant un caractère aigu qu'elle n'avait plus; c'est un feu qui semblait éteint et qui se rallume, c'est le phénix qui renaît de ses cendres. Dans ce dernier cas, il y a donc mélange des deux formes aiguë et chronique.

Nous venons de vous indiquer les variétés de l'eczéma relatives à la forme qu'il revêt; voyons maintenant ses variétés au point de vue de sa *gravité*.

L'eczéma est *bénin* quand il est la conséquence d'une irritation, d'une violence extérieure, quand il est de cause externe, quand il n'occupe que des surfaces peu étendues, quand il se développe sous l'influence de la saison, du printemps par exemple, constituant alors une affection dite *saisonnière;* il est bénin encore lorsqu'il affecte la forme dite : *eczema rubrum.*

Il est *grave*, au contraire, lorsqu'il est de nature *herpétique*, lorsqu'il est *généralisé* et qu'il affecte la forme fluente.

D'autres variétés de l'eczéma résultent de sa *configuration.* L'eczéma en effet, se présente sous des aspects bien différents : tantôt c'est un simple point dont l'étendue atteint à peine un demi-centimètre carré. *Eczema punctatum.* Tantôt, c'est une surface arrondie d'un diamètre

variable qui rappelle la forme des pièces de monnaie, d'où son nom d'*eczema nummularium.*

L'*eczema circumscriptum* est celui qui est limité à une seule région. M. Bazin le regarde comme arthritique.

L'*eczema diffusum* est celui qui est généralisé ; il est alors de nature herpétique, quelquefois, en se généralisant, l'eczéma herpétique couvre tout le corps ; d'autres fois, il le constelle de ses plaques disséminées sans ordre, mais le plus souvent l'eczéma généralisé affecte la forme dite *symétrique*, c'est-à-dire qu'il recouvre deux parties correspondantes du tronc ou des membres, sur lesquelles il représente deux configurations parfaitement semblables l'une à l'autre et parfaitement régulières.

On dit que l'eczéma est *circinnatum* lorsque les lésions qui le constituent sont disposées en forme de cercles, de dimensions variables et entourant des portions de peau restée saine.

L'eczéma est appelé *orbiculaire* lorsque, siégeant au pourtour des orifices naturels, les lésions vont en rayonnant, autour de ces orifices, et rappellent, par leur direction régulière divergente, la forme des emblèmes religieux appelés *gloires.*

M. Bazin décrit encore sous le nom d'*eczéma centrifuge* ou *serpigineux* une variété d'eczéma très-rare dont le siége est la paume des mains ou la plante des pieds. Cette variété est caractérisée par des surfaces eczémateuses dans lesquelles la lésion, progressive, envahissante et serpigineuse se développe et s'étend du centre à la périphérie.

Cette forme d'eczéma ressemble, quant à son aspect et son processus morbide, à une syphilide serpigineuse.

Telles sont les différentes variétés d'eczéma qui dépendent de la disposition des lésions anatomiques ; voyons maintenant d'autres variétés qui résultent de modifications

que subissent dans leur constitution, ces lésions elles-mêmes.

La lésion classique, primitive, fondamentale, de l'eczéma, est une vésicule ; cette vésicule est consécutive à une inflammation érythémateuse de la peau sur laquelle elle se développe, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Dans quelques cas de lichen aigu, les papules du lichen nées d'une surface érythémateuse deviennent brillantes et comme transparentes à leur sommet, parce qu'elles se sont couronnées de vésicules d'eczéma ; ici la vésicule de l'eczéma est donc implantée sur la papule du lichen, il en résulte une *vésico-papule* donnant lieu à une affection mixte, hybride, qui n'est ni l'eczéma, ni le lichen, mais qui tient à la fois de ces deux affections, et que l'on a appelée pour cette raison : *eczéma lichénoïde.*

Dans d'autres cas, l'inflammation eczémateuse envahit les follicules pilifères, elle les hypertrophie, elle en fait de véritables tubercules sycosiques, et alors on trouve toute la surface eczémateuse parsemée de petits tubercules sycosiques, traversés tous par un poil, et dont le plus sûr, pour ne pas dire l'unique moyen de guérison sera l'épilation ; il y a là encore une autre affection mixte tenant à la fois, et du sycosis, et de l'eczéma, et que pour cette raison on a appelée : *eczéma sycosiforme.*

Quelquefois la vésicule manque totalement, et l'on ne trouve à sa place que des éraillures de la peau, de véritables fissures, qui deviennent alors la lésion fondamentale, et à la surface desquelles s'opère la sécrétion eczémateuse ; c'est l'eczéma *fissuré* ou *rhagadé.*

D'autres fois la vésicule ne tarde pas à devenir louche, opaque ; ce n'est plus alors de la sérosité qu'elle contient, c'est du pus, aussi n'est-elle plus, à proprement parler, une vésicule, mais une *vésico-pustule.* La vésico-pustule forme

alors une autre variété de la lésion primitive; elle donne issue à un liquide séro-purulent.

Ce liquide ne produit plus la croûte habituelle et caractéristique de l'eczéma; croûte lamelleuse, foliacée, blanchâtre, tellement mince que M. Bazin a inventé pour elle la dénomination de croûtelle, mais la croûte formée est moins blanche, plus épaisse, jaunâtre, rappelant la croûte de l'impétigo, sans en avoir cependant l'épaisseur considérable, et l'apparence rocheuse, nous avons dans ce cas une autre affection hybride, réunissant les caractères de l'eczéma et de l'impétigo, et constituant ce que l'on appelle un *eczéma impétigineux.*

D'autres fois encore lorsque l'eczéma est arrivé à sa 4e période, période *squameuse,* la squame qui le caractérise n'est plus mince, lamelleuse, unifoliacée, elle est devenue épaisse comme la squame du psoriasis, mais elle continue à recouvrir un fond humide, comme dans l'eczéma; il y a donc là encore une nouvelle affection mixte, mélange de psoriasis et d'eczéma, que nous appelons : *psoriasis eczémateux,* ou *eczéma psoriasiforme.*

Ainsi *eczéma fissuré*, *eczéma lichénoïde*, *eczéma impétigineux*, *eczéma psoriasiforme*, *eczéma sycosiforme,* sont cinq variétés qui dépendent uniquement de l'état anatomique spécial constituant la lésion primitive de l'eczéma.

Vous voyez, messieurs, par tous ces détails, combien j'ai eu raison de vous dire, en commençant l'histoire de l'eczéma, que nous aurions affaire à une maladie complexe, difficile, qui se présenterait à notre observation sous les aspects les plus différents. Et pourtant nous n'en avons pas fini avec les modifications que peut présenter l'eczéma, il nous reste à vous parler de ses variétés, suivant les régions où il se développe.

Comme toutes les maladies de la peau à caractère inflammatoire et à sécrétion humide, l'eczéma a pour siége

d'élection les régions où la peau a le plus de finesse, où elle est le plus richement pourvue de vaisseaux, de nerfs, et de glandes sécrétantes. Ainsi on le rencontre le plus souvent à la région antérieure du tronc, à la face, aux plis du coude et du jarret, à la partie interne des cuisses, et partout où la peau est en rapport avec elle-même, comme aux plis génito-cruraux, aux aisselles et au cou.

Mais cependant malgré sa prédilection pour ces régions particulières, l'eczéma peut affecter toutes les autres régions du corps; seulement il subit, par le fait de la diversité de ses siéges, d'importantes modifications dans sa physionomie, dans son aspect, dans ses caractères, dans sa gravité, dans son évolution, dans sa durée. Ce sont ces modifications que nous allons étudier.

Eczema capitis et pubis, nommé aussi *eczema pilare.* — L'eczéma qui siége dans les régions pourvues d'un système pileux offre, en général, une gravité relativement plus considérable. En effet, du fait même de la présence de cheveux ou de poils, l'eczéma est aggravé, et cela pour trois raisons : 1° les cheveux s'agglutinent sous l'influence de la sécrétion séro-gommeuse, propre à l'eczéma ; ils forment un feutrage qui, s'appliquant sur les parties ulcérées, y retient les produits exhalés ; ceux-ci ne tardent pas à se putréfier, à produire une odeur fétide, une puanteur insupportable, et au milieu de ce mélange infect, de ce magma de cheveux, de pus et de croûtes, on voit souvent pulluler des poux.

2° Les cheveux ainsi agglutinés contractent des adhérences avec le derme sous-jacent ulcéré, et chaque fois qu'on veut les détacher il en résulte des déchirures qui augmentent l'inflammation et éternisent la maladie en détruisant les cicatrices à mesure qu'elles se forment.

3° Les cheveux interposés entre les applications émollientes et les surfaces malades empêchent ces dernières

d'en ressentir le bienfait et, par conséquent, rendent impossible tout traitement local.

Dans *l'eczema pilare,* nous nous trouvons donc en présence de conditions qui, tout en augmentant l'inflammation, nous empêchent d'agir sur elle d'une façon efficace et directe; aussi *l'eczéma pilare* est-il remarquable par sa gravité, par sa ténacité, et sa longue durée.

Eczéma auriculaire.—Lorsque l'eczéma occupe le pavillon de l'oreille, il le tuméfie, l'enflamme et le rend très-douloureux au moindre contact. Encore n'est-ce là qu'un des moindres inconvénients de cette variété d'eczéma, qui pénétrant dans le conduit auditif externe, peut l'obturer; qui, gagnant la membrane du tympan peut la perforer; et qui, enfin, s'étendant jusque dans les parties profondes de l'organe de l'ouïe, peut causer des douleurs atroces, une surdité quelquefois très-rebelle, et même des accidents de la plus haute gravité, du côté des centres nerveux.

Eczéma de la face. — La face est un des siéges d'élection de l'eczéma; quelle région, en effet, est plus exposée que la face au contact des agents extérieurs? où la peau est-elle plus fine? où la circulation des téguments est-elle plus active? où trouverons-nous enfin un lacis nerveux plus riche, un appareil glandulaire plus abondant? Aussi, messieurs, quand l'eczéma existe à la face, il s'y trouve sur un terrain favorable à son développement, il y tient, et ce ne sera que difficilement que vous pourrez l'en déloger d'autant plus qu'il vous sera presque impossible de le recouvrir complétement de cataplasmes, et par conséquent d'agir sur lui localement d'une manière suffisante.

L'eczéma de la face est grave encore, parce qu'il constitue une difformité, souvent repoussante qui peut forcer les malades à la séquestration; parce que la face est le siége des organes de la vue, de l'odorat, du goût, et nous allons voir quelles conséquences fâcheuses il peut en-

traîner du côté des cavités naturelles destinées à loger des organes aussi importants :

Lorsque l'eczéma siége sur *les paupières,* il les épaissit, les enflamme, et l'inflammation s'étendant sur leur face muqueuse, peut gagner la conjonctive oculaire; vous aurez donc dans ce cas à soigner une conjonctivite qui sera d'autant plus rebelle qu'elle sera sous la dépendance d'un état général, que vous ne pourrez espérer modifier, qu'à l'aide d'un traitement continué pendant plusieurs mois. Je n'ai pas à vous faire l'histoire de la conjonctivite, ni des accidents qu'elle peut entraîner au point de vue des fonctions du globe oculaire, je vais seulement vous montrer un malade couché au n° 23 de la salle Saint-Charles :

Vous voyez que cet homme est affligé d'un ectropion, difformité grave, indélébile, produite par un eczéma palpébral de nature herpétique, qui a amené la rétraction de la paupière, comme aurait pu le faire une brûlure ou une plaie quelconque de cette région. L'eczéma des paupières est donc redoutable, en raison des dangers qui peuvent en résulter pour l'œil et de l'ectropion qui peut en être la conséquence.

Lorsque l'eczéma siége au pourtour des *fosses nasales,* il n'est pas rare de l'y voir pénétrer; et alors, il donne lieu à des accidents variés : par l'action des ongles qui arrachent les croûtes, par le fait même de se moucher, l'inflammation eczémateuse se trouve sans cesse aggravée, la tuméfaction de la muqueuse et la présence des croûtes donnent à la voix un timbre nasonné; et chez les enfants à la mamelle, la respiration par les fosses nasales, devenant très-gênée par suite de leur quasi-oblitération, l'action de téter est par cela même rendue très-difficile, quand elle n'est pas impossible; vous comprenez facilement tout ce qu'il y a là de grave pour la santé et même pour la vie de l'enfant.

Autour de l'*orifice buccal*, l'eczéma se présente sous la forme *orbiculaire*, dont nous avons déjà parlé. Les lèvres et leurs commissures sont alors sillonnées d'éraillures, de rhagades, de fissures et d'ulcérations divergentes qui rendent très-douloureux les moindres mouvements de ces parties si mobiles.

Comme le psoriasis, l'eczéma peut affecter la *langue*. L'*eczéma lingual* occasionne les troubles fonctionnels les plus considérables et les plus douloureux : la préhension des aliments, leur mastication, la phonation elle-même, ne peuvent s'exercer qu'avec des souffrances souvent intolérables.

Sur la muqueuse linguale, l'eczéma se comporte autrement que sur la peau. Ses vésicules ont une durée plus longue. Elles ne s'ouvrent que beaucoup plus tard, et jamais les ulcérations qu'elles laissent après elles ne se recouvrent de squames. Par le fait des mouvements continuels de la langue et de son contact avec les dents, par le fait de son contact forcé avec des boissons et des aliments irritants par eux-mêmes, ou par leur température tantôt chaude, tantôt froide, l'eczéma lingual est soumis à des causes continuelles d'exacerbation et d'aggravation qui en augmentent l'intensité et en prolongent la durée.

L'eczéma peut pénétrer plus avant dans le tube digestif et donner lieu à des angines, à des pharyngites eczémateuses dont les symptômes et les caractères n'offrent rien de particulier.

L'aisselle est une région merveilleusement disposée pour l'eczéma : on y trouve réunies toutes les conditions anatomiques et physiologiques qui peuvent favoriser son développement ; peau fine, en contact avec elle-même, sécrétions sébacée et sudorale abondantes.

De plus le tissu cellulaire qui double la peau est lamel-

leux, très-abondant, constituant un réseau à mailles larges, à peine adhérent aux parties qu'il recouvre, infiltré d'une grande quantité de tissu graisseux ; aussi, l'eczéma de l'aisselle est-il remarquable par la fréquence de petits abcès sous-cutanés, conséquences de l'inflammation de la peau qui s'est propagée à la couche cellulaire sous-cutanée.

Eczéma des seins. — Il est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. L'auréole est son siége de prédilection, c'est là qu'il commence, pour envahir ensuite le reste du sein. On le rencontre dans trois cas bien différents :

1° Lorsqu'il existe chez une femme qui n'est ni herpétique ni nourrice, vous pouvez affirmer d'une façon absolument certaine, que dans ce cas il est *parasitaire* et causé par *l'acarus.*

2° Chez les nourrices, il est la double conséquence de l'irritation produite sur le mamelon par les lèvres de l'enfant, et de la présence du lait qui est déversé sur la peau, qui s'y acidifie et devient par cela même, lui aussi, une nouvelle cause d'irritation.

Chez les nourrices, l'eczéma du sein peut avoir les conséquences les plus fâcheuses : d'abord il peut par lui-même gêner et même entraver l'allaitement, il est souvent la cause de ces fissures si atrocement douloureuses qui mettent les femmes les plus courageuses dans la nécessité de cesser l'allaitement et les exposent à tous les dangers des phlegmons du sein.

3° L'eczéma du sein peut être herpétique, et alors, il offre les caractères des herpétides. Quelle que soit sa nature ou sa cause, il est, comme l'eczéma de l'aisselle, fréquemment compliqué de petits abcès superficiels.

Eczéma de l'ombilic.— Il peut donner lieu à une erreur de diagnostic et être pris pour des plaques syphilitiques.

Eczéma intertrigineux. — On appelle ainsi l'eczéma

qui siége sur les parties du corps où la peau est en opposition avec elle-même. Ainsi, les aisselles, les plis génito-cruraux, inguinaux, poplités, la rainure inter-fessière, la partie interne et supérieure des cuisses. Ces régions sont plus nombreuses chez les enfants et surtout chez les femmes grasses. Chez les enfants, en effet, on trouve l'eczéma intertrigineux entre les bourrelets graisseux des cuisses et principalement du cou; de là vient l'habitude rationnelle, quoique souvent non raisonnée, d'interposer entre les plis, formés par la peau du cou, des colliers qui sont utiles comme corps isolants.

Chez les femmes très-grasses, l'eczéma intertrigineux est fréquent et mérite toute notre attention. On voit souvent des femmes devenues monstrueuses et transformées en une masse adipeuse, informe. Chez elles les téguments des différentes régions tombent en cascade les uns sur les autres.

C'est d'abord le cou qui pend sur la partie antérieure du sternum, au devant des articulations sterno-claviculaires.

Ce sont ensuite les seins qui, au lieu de former des hémisphères ou des pyramides solides, à bases fixes, tombent et ondulent sur le ventre qui, lui-même, flottant comme une sorte de tablier, tombe à son tour sur la région hypogastrique et jusque sur la face antérieure des cuisses. Ajoutez à cela, que ces femmes ordinairement lymphatiques ont, en général, la peau fine; que chez elles les sécrétions sudorale et sébacée sont très-abondantes, ainsi que le dénotent leur peau toujours humide et poisseuse, et l'odeur fétide et nauséeuse qu'elles exhalent. Toutes ces conditions sont éminemment propres au développement de l'eczéma intertrigineux, que, chez ces femmes, on trouve à peu près partout.

Cette variété d'eczéma n'a d'ailleurs aucun caractère

spécial, si ce n'est l'abondance de sa sécrétion et les douleurs excessives qui se produisent dans les moindres mouvements, par suite du frottement des parties malades les unes sur les autres. Elle exige le repos le plus absolu, la séparation des parties malades, au moyen de corps isolants, et leur immobilisation.

Eczéma des parties génitales.

Chez la femme, l'eczéma *vulvaire* produit des ulcérations qu'un médecin inattentif pourrait prendre pour des chancres; de plus, il atteint quelquefois la muqueuse vaginale; il détermine alors un écoulement séro-purulent, assez abondant pour simuler une blennorrhagie; il détermine des cuissons, des démangeaisons, qui peuvent mener à l'onanisme. Chez l'homme, l'eczéma des bourses et du pénis, indépendamment des symptômes communs à toutes les variétés d'eczéma, peut gêner le coït, le rendre même impossible.

L'eczéma des *membres inférieurs* mérite toute notre attention; il est toujours grave; grave par sa ténacité, grave par ses complications, grave par le repos forcé qu'il impose au malade, et sans lequel il ne se guérit pas. Pour le guérir, il est en effet de toute nécessité de condamner les malades à un repos absolu; il faut, non-seulement leur interdire la marche, mais il est même indispensable d'exiger d'eux la position horizontale; les jambes placées sur des coussins, formant un plan incliné, de telle sorte que le talon soit plus élevé que la hanche. S'ils ne veulent pas se soumettre à un traitement aussi rigoureux pour une affection dont ils ne comprennent pas l'importance, vous devez les avertir que leur eczéma se prolongera indéfiniment, que leurs veines superficielles deviendront variqueuses, que ces varices, par leur développement et par la gêne

qu'elles apporteront à la circulation, contribueront à éterniser leur eczéma, et même à déterminer de nouvelles poussées eczémateuses, et qu'enfin, par le fait de la prolongation de l'eczéma, la peau de leurs jambes restera dénaturée, amincie et toujours disposée à devenir le siége d'ulcérations interminables et se reproduisant indéfiniment.

L'*eczéma des mains* affecte, tantôt la paume des mains, *eczéma palmaire;* tantôt leur face dorsale, *eczéma manuale.*

L'eczéma palmaire a pour lésion élémentaire la bulle qui, vous le savez, n'est qu'une grosse vésicule.

Dans la région palmaire, l'épiderme très-épais adhère d'une façon intime au derme sous-jacent; aussi, lorsque sous l'influence de l'inflammation eczémateuse, une gouttelette de liquide séro-gommeuse est sécrétée, elle est impuissante à soulever l'épiderme et à former une vésicule, elle reste emprisonnée jusqu'à ce que le liquide sécrété soit assez abondant et ait une force de tension suffisante pour séparer l'une de l'autre, les deux couches de la peau; et alors, ce ne sont plus des vésicules qui se produisent, mais bien des bulles. Lorsque les bulles se rompent, elles laissent à leur place des crevasses profondes, atteignant le derme, laissant suinter un liquide visqueux et occasionnant de très-vives douleurs. Ce que nous avons dit de l'eczéma qui occupe la région palmaire, s'applique de tous points à *l'eczéma plantaire.*

L'eczéma manuale peut être *parasitaire,* il peut être *professionnel,* et enfin, il peut reconnaître pour cause le *vice herpétique.*

L'*eczéma manuale parasitaire* est toujours symptomatique de la gale, il siége principalement dans les espaces interdigitaux.

L'*eczéma manuale professionnel,* connu sous le nom de :

gale des épiciers, est une affection très-commune qui revêt habituellement la forme chronique, qui se guérit promptement, et dont les lésions anatomiques élémentaires, sont d'espèces différentes, il en est de même de l'eczéma parasitaire.

L'*eczéma manuale*, de nature *herpétique*, siége surtout sur les parties latérales des doigts; il est très-tenace d'abord parce qu'il est d'origine diathésique, et ensuite parce qu'il est sans cesse irrité et entretenu par conséquent par le frottement réciproque des doigts, en même temps que par le contact des corps extérieurs.

Eczéma unguéal. L'eczéma affecte aussi les ongles; il les attaque, non pas directement en les détruisant pièce à pièce, comme le fait le psoriasis; mais il les attaque par leur matrice, par leur partie vivante; il enflamme cette matrice, il l'épaissit, il l'hypertrophie principalement à son extrémité libre, au point que l'ongle s'en trouve soulevé d'avant en arrière, renversé, déraciné, et que finalement, étant tout à fait détaché, il tombe tout entier et d'un seul morceau.

Remarquez à cette occasion que l'eczéma, *la dartre vive* n'a d'affinité que pour les organes *vivants*, que pour les régions qui ont le plus de vitalité, et que tous les accidents morbides qu'il produit, soit à titre de symptômes, soit à titre de complications, sont toujours remarquables par leur caractère inflammatoire.

Nous en avons fini, messieurs, avec l'étude des différentes variétés que présente l'eczéma; nous les avons toutes passées en revue; nous avons vu que ces variétés dépendent de la gravité, de la configuration, de la forme aiguë ou chronique, de la nature, de la cause de la lésion primitive, du siége de l'affection. Comme cette partie de l'histoire de l'eczéma a été longue et très-complexe, je crois qu'il est bon de revenir sur nos pas et de résumer briève-

ment tout ce que nous avons dit des symptômes de cette maladie.

Symptomatologie. — Les symptômes de l'eczéma sont, les uns, communs à tous les eczémas indistinctement; les autres, propres à telles ou telles variétés seulement.

Tout eczéma est de nature inflammatoire, aussi donnera-t-il toujours lieu à des sensations plus ou moins accentuées de chaleur, de cuisson, de brûlure.

A une certaine période de la maladie, tout eczéma engendre un prurit plus ou moins intense, souvent irrésistible, qui porte les malades à se gratter, ce qu'ils ne peuvent faire, qu'en aggravant la lésion dont ils sont atteints. Ces phénomènes douloureux de l'eczéma sont à peu près constants; mais, ils existent avec une intensité variable; ils sont en général d'autant plus prononcés que la sécrétion eczémateuse est moins abondante. C'est ainsi que, si les malades atteints d'un eczéma fluent ne ressentent qu'une sensation assez vague de chaleur et de cuisson, il n'en est pas de même de ceux qui ont un eczéma rubrum, ou qui sont arrivés à la période sèche ou de dessiccation d'un eczéma primitivement humide. Chez ceux-ci la douleur est excessivement vive, et comparée par eux à des milliers d'épingles qui pénétreraient dans la peau; ou bien, elle se manifeste sous la forme d'un prurit intolérable et irrésistible.

Les symptômes qui sont propres aux différentes variétés de l'eczéma dépendent surtout du siége qu'occupe le mal et consistent principalement en troubles fonctionnels. Vous savez quelle gêne apporte dans l'exercice de la vision, de l'odorat, de la respiration, du goût, de la phonation, l'eczéma de la face, lorsqu'il a envahi les cavités et les organes qui président à ces sens et à ces fonctions.

La *durée* de l'eczéma varie, suivant la forme qu'il revêt, suivant ses causes, suivant sa nature, suivant son siége.

Nous traiterons cette question, avec tous les détails qu'elle comporte, à propos du pronostic.

Complications de l'eczéma.

Ce serait n'avoir de l'eczéma qu'une notion incomplète si nous ne le connaissions que dans ses caractères pathognomoniques, individuels et intrinsèques, il faut savoir encore quels sont les désastres, quels sont les accidents qu'il peut engendrer, c'est-à-dire quelles peuvent être ses complications : or les complications de l'eczéma sont de deux ordres : les unes sont superficielles, prochaines, locales, tenant aux surfaces malades ; les autres sont viscérales, profondes, éloignées ou générales.

Complications locales.

Les plus fréquentes tiennent à la nature inflammatoire de l'eczéma.

L'inflammation qui constitue son essence au lieu de rester limitée à la couche la plus superficielle du derme, peut gagner les couches plus profondes, occasionner de petits abcès intra-dermiques qui apparaîtront à l'extérieur sous forme de pustules.

D'autres fois ce sont les vaisseaux lymphatiques qui, s'enflammant, donnent lieu à des lymphangites, à des angioleucites compliquées elles-mêmes d'adénites. Que l'inflammation pénètre plus avant encore dans l'épaisseur du tégument, qu'elle atteigne le tissu cellulaire, sous-cutané, et alors, ce sont de véritables phlegmons qui vont se déclarer. Cette complication dont vous comprenez toute la gravité se produit principalement dans certaines régions où la peau est fine, le derme mince et doublé d'un tissu cellulaire lamelleux, à mailles larges, fines et déliées,

comme le sein chez la femme, et les creux axillaire et poplité.

Enfin l'inflammation eczémateuse, les ulcérations, les pertes de substance qu'elle produit, deviennent une cause fréquente d'érysipèle ; l'érysipèle est certainement une de ses complications les plus graves et les plus communes.

Complications viscérales.

Les complications *éloignées*, ou *viscérales* de l'eczéma sont plus rares, mais aussi, elles sont beaucoup plus sérieuses.

Vous savez, messieurs, qu'il y a entre la peau et les muqueuses, une corrélation très-importante à considérer au point de vue clinique : pathologiquement, ces deux membranes se font en quelque sorte équilibre, l'état physiologique de l'une n'existe souvent que grâce à l'état pathologique de l'autre : il y a entre elles une sorte de solidarité, d'alternance, de réciprocité ou de balancement qui font que la maladie de l'une peut, par répercussion ou métastase, se porter sur l'autre. Ainsi la suppression brusque d'un eczéma fluent, sa dessiccation rapide par un refroidissement, par des topiques astringents, peuvent être suivis d'un catarrhe bronchique, qui sera d'autant plus grave que les parties eczémateuses étaient plus étendues, et enflammées d'une manière plus intense. Vous verrez des catarrhes bronchiques, tenaces, réfractaires à tout traitement, céder et disparaître d'eux-mêmes et comme par enchantement, lorsque réapparaissent sur la figure, d'anciennes plaques eczémateuses, dont la guérison avait coïncidé avec le développement de ces catarrhes bronchiques. Aussi le meilleur moyen de guérir des accidents pulmonaires, est souvent un traitement général antiherpé-

tique par l'arsenic, en même temps qu'un traitement local, destiné à rappeler à la peau un eczéma disparu.

Ce que nous venons de dire de la muqueuse bronchique, s'applique également à la muqueuse du tube digestif, vous verrez des dyspepsies, des gastro-entérites chroniques, des diarrhées rebelles n'exister que par le fait de la disparition d'un eczéma, et ne se guérir que par le retour spontané, ou provoqué de ce même eczéma.

Les centres nerveux eux-mêmes sont soumis à la même corrélation et par conséquent ne sont pas à l'abri de ces métastases et de ces répercussions : aussi, chez un vieillard surtout, devrez-vous souvent respecter, malgré tous ses inconvénients, un eczéma fluent des jambes, dont la guérison pourrait n'être qu'un simple déplacement, et avoir par conséquent un retentissement fatal sur le cerveau, ou sur les méninges.

Causes de l'eczéma.

Les dermatologistes sont loin d'être d'accord relativement à l'étiologie de l'eczéma. Interrogeons d'abord M. Hardy. « L'eczéma, nous dit-il, est toujours une dartre « et ne peut être qu'une dartre. » — « Il est toujours « l'expression de la diathèse herpétique. Lorsqu'il est *pro-* « *fessionnel,* ou *parasitaire,* la *profession,* le *parasite,* ne « sont pour lui que des causes *occasionnelles,* ou *détermi-* « *nantes.* »

Malgré le respect que nous professons pour notre savant maître, nous ne saurions adopter cette manière de voir et nous prétendons au contraire qu'il y a des cas nombreux où l'eczéma *n'est nullement herpétique ou dartreux.* Quels sont, en effet, les caractères des herpétides ou des dartres?

La généralisation. Or, dans la gale, et dans le cas d'af-

fection professionnelle, l'eczéma n'existe que là, où existent les acares; que là, où la profession a exercé son action irritante.

La durée toujours longue. Or, après 8 à 10 jours de traitement, vous verrez toujours disparaître l'eczéma professionnel ou parasitaire.

Le prurit. Il existe, en effet, dans l'eczéma parasitaire; mais il a un caractère tout spécial, tout particulier, et c'est le parasite seul qui le détermine.

La récidivité. Or, jamais les eczémas parasitaires, et professionnels une fois guéris, ne reparaissent, si la cause qui les avait produits reste supprimée.

Une autre raison encore pour laquelle, il ne vous est pas permis d'admettre l'origine herpétique des eczémas que nous avons dénommés *professionnels et parasitaires*, c'est que l'herpétisme ne se manifeste habituellement que par une lésion cutanée unique et toujours la même, constituant une affection générique unique aussi, et toujours la même : ainsi, tel herpétique aura un psoriasis et jamais qu'un psoriasis. Tel autre, un eczéma et jamais qu'un eczéma; or, quand l'eczéma est de cause locale, extérieure, professionnelle, ou parasitaire, vous le trouvez presque toujours accompagné ou compliqué de lésions cutanées, multiples, diverses et qui ne lui appartiennent pas. Dans la gale des épiciers, par exemple, à côté des vésicules, des croûtelles, ou des squames qui caractérisent l'eczéma, vous trouverez presque toujours des papules de prurigo, de lichen et des pustules d'ecthyma. M. Hardy a donc tort d'affirmer que l'eczéma est toujours de nature herpétique.

Si M. Hardy n'accorde pas assez à l'eczéma, au point de vue de ses causes et de sa nature, M. Bazin, au contraire, lui en accorde beaucoup trop : notre illustre maître a parfaitement raison d'admettre un eczéma idiopathique ou de

cause locale, et un eczéma symptomatique de l'herpétis. Mais il a tort d'admettre aussi un eczéma *arthritique* et un eczéma *scrofuleux*.

Pour nous, il n'y a pas d'eczéma arthritique : 1° parce que la prétendue diathèse arthritique n'existe pas, ainsi que nous vous l'avons démontré dans une de nos précédentes séances ; 2° parce que les caractères attribués par M. Bazin à l'eczéma arthritique ne sont nullement constants, et par conséquent n'ont rien de pathognomonique, comme nous vous l'avons également démontré.

Nous ne pouvons pas admettre davantage l'eczéma scrofuleux pour les raisons suivantes : 1° parce que M. Bazin ne lui assigne aucun caractère vraiment distinctif, spécial et pathognomonique ; 2° parce que la durée relativement courte de cet eczéma chez les enfants, n'est nullement en rapport avec la durée toujours très-longue de la scrofule ; 3° parce que cet eczéma existant plus ou moins chez presque tous les enfants, il est impossible d'admettre qu'ils soient à peu près tous scrofuleux.

L'eczéma auquel M. Bazin attribue, à tort, la nature scrofuleuse, se trouve presque constamment joint à l'impétigo. Ces deux affections réunies constituent ce que l'on appelle vulgairement *la gourme*, ou *les gourmes*, et ce que M. Bazin appelle les *scrofulides bénignes exsudatives*.

Cette affection complexe et si commune peut exister sans doute chez des enfants scrofuleux ; mais elle existe aussi en dehors de la scrofule, et par conséquent on ne peut pas lui donner le nom de *scrofulide*.

Mais, me direz-vous, si la gourme n'est point de nature scrofuleuse, pourquoi donner aux enfants qui en sont atteints, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le vin de quinquina ?... — C'est, messieurs, parce que ces médicaments ne sont pas seulement des anti-strumeux ; ils sont encore efficaces contre l'anémie et le lymphatisme

qu'il ne faut pas confondre avec la scrofule, et vous savez combien le lymphatisme et l'anémie sont fréquents chez les enfants.

Ainsi donc nous rejetons la qualification de *scrofulides bénignes exsudatives* donnée par M. Bazin aux gourmes de l'enfance.

Quand nous étudierons les véritables lésions de la scrofule, vous verrez quel cachet spécial et n'appartenant qu'à elle seule, quel caractère de durée, de gravité, de malignité, de fixité, elle imprime aux affections cutanées dont elle est la cause, et alors vous comprendrez mieux encore pourquoi je ne puis adopter l'opinion de M. Bazin.

Nous en avons fini, avec la partie critique; établissons maintenant comment vous devez envisager l'eczéma, au point de vue de son étiologie et de sa nature :

1° Il y a un eczéma *idiopathique* reconnaissant pour cause une irritation plus ou moins prolongée de la peau, venant du dehors, ou se produisant dans l'épaisseur de la peau, c'est dans cette classe que nous rangeons l'eczéma *professionnel* et l'eczéma *parasitaire;* que le parasite soit du règne animal (gale), qu'il soit du règne végétal (acorion, tricophyton).

2° Il y a une véritable *fièvre eczémateuse, saisonnière;* affection pseudo-exanthématique, analogue à la rougeole et à la scarlatine.

Dans ce cas, l'eczéma se présente à nous sous la forme que nous avons nommée *eczéma rubrum.*

3° Il y a, quoi qu'en dise Hébra, un eczéma *herpétique*, caractérisé par sa généralisation, par sa durée, par sa récidivité, par sa symétrie, par sa ténacité, et même on peut dire que l'eczéma constitue une des manifestations les plus communes et les plus graves de l'herpétis.

Diagnostic.

La question du diagnostic de l'eczéma est double : elle comprend d'abord le diagnostic du genre eczéma, et ensuite la détermination de la nature de cet eczéma. L'importance de cette dernière partie du diagnostic ne vous échappera pas, car c'est d'elle que dépend le traitement.

L'eczéma nous offre à considérer, au point de vue de ses manifestations et de ses symptômes, quatre périodes : Nous sommes donc obligés de le suivre durant toute son évolution, et, de voir avec quelles affections on pourrait le confondre, d'après les différentes lésions anatomiques qui le constituent aux diverses phases de son évolution.

1re période : *Erythémateuse.*

Un très-grand nombre d'affections de la peau débutent par une coloration rouge rosée congestive des téguments; aussi, à ce moment, la prudence et la sagesse exigent-elles, qu'à cette période, on se tienne, au point de vue du diagnostic, dans une complète réserve. En effet, il n'est pas possible de savoir si cette rougeur érythémateuse doit être la lésion initiale d'un eczéma, d'un herpès, d'un érythème, ou d'un impétigo. Cette réserve, du reste, ne sera pas de longue durée; car vous savez que la période erythémateuse de l'eczéma ne dure guère plus de un à deux jours et quelquefois moins.

2e période : *Vésiculeuse.*

Ici, l'affection s'accuse et les caractères tranchés qui vont se manifester, vous permettront d'affirmer avec certitude que c'est bien à un eczéma que vous avez affaire.

Les surfaces érythémateuses vont perdre leur poli, et leur surface lisse et unie. Elles vont devenir granuleuses, et comme chagrinées ; ces granulations ne sont autres que les vésicules, c'est-à-dire la lésion mère, primitive ou élémentaire caractéristique de l'eczéma.

Nous n'avons plus besoin d'étudier ces vésicules, elles vous sont connues ; mais, nous devons passer en revue les différentes affections qui ont, avec ces vésicules, quelques traits de ressemblance, et avec lesquelles par conséquent on pourrait les confondre :

Or, de toutes les affections cutanées, celle qui ressemble le plus à l'eczéma, c'est l'*impétigo.* — La lésion élémentaire de l'impétigo a une physionomie assez semblable à celle de l'eczéma ; elle a la même forme, la même confluence et le même aspect ; elle se développe aussi sur une surface érythémateuse, mais, voici le caractère distinctif : dans l'eczéma, c'est une vésicule qui renferme un liquide incolore et séreux ; dans l'impétigo, c'est une pustule qui contient un liquide purulent jaune, analogue à du miel.

A cette même période, l'eczéma pourrait-il être confondu avec l'*herpès*, affection très-commune, et dont la lésion-mère est aussi une vésicule ? Non, cette confusion n'est pas possible. Les vésicules de l'herpès prennent bien naissance, comme celles de l'eczéma, sur une surface érythémateuse, mais elles ont des caractères qui les distinguent absolument des vésicules de l'eczéma. La vésicule de l'eczéma est petite, acuminée, éphémère ; les vésicules de l'herpès sont grosses, aplaties, larges, et persistent en général, trois ou quatre jours. Le liquide qu'elles contiennent, au lieu d'être déversé au dehors, comme dans l'eczéma, est à moitié résorbé, et à moitié concrété sous forme de croûtes épaisses, noirâtres, et persistantes. Tandis que les vésicules de l'eczéma occupent habituellement de larges surfaces, celles de l'herpès sont au contraire grou-

pées sur des surfaces érythémateuses, restreintes, limitées, arrondies, peu étendues et séparées les unes des autres par des espaces de peau restée saine.

La *miliaire* offre aussi quelque analogie avec l'eczéma, à sa période vésiculeuse. Ces deux affections sont de nature inflammatoire; toutes les deux ont, pour lésion élémentaire, la vésicule; mais les vésicules de la miliaire sont globuleuses, semblables à des grains de millet, arrondies, plus superficielles. La gouttelette de liquide qu'elles contiennent, est toujours résorbée; jamais la vésicule ne se rompt pour être remplacée par une ulcération. Jamais, par conséquent, de suintement d'un liquide séro-gommeux et poisseux, comme dans l'eczéma, mais au contraire, des vésicules blanches et transparentes qui perlent, comme des gouttes de rosée, sur une vaste surface érythémateuse.

Le *lichen* a pour lésion anatomique, une papule, mais; comme cette papule est petite, acuminée, confluente, et que de plus, le siége de prédilection du lichen est le même que celui de l'eczéma, il s'en suit qu'il faut regarder de bien près, pour distinguer la vésicule de l'eczéma de la papule du lichen. Du reste ces deux affections quelquefois, se fusionnent, se fondent en quelque sorte l'une dans l'autre, c'est lorsque la vésicule de l'eczéma s'implante sur la papule du lichen, pour constituer une affection mixte et hybride, que l'on a dénommée un lichen eczémateux, ou un eczéma lichénoïde, ou bien encore un lichen agrius.

C'est sans doute en raison de cette ressemblance et de ce mélange fréquent de ces deux affections que M. Hardy s'est cru autorisé à professer que le lichen et l'eczéma, aussi bien que l'impétigo et l'eczéma, ne sont pas deux affections différentes, mais bien une seule et même affection. Nous verrons plus tard, ce qu'il faut penser de cette opinion de notre savant maître.

La troisième période de l'eczéma est caractérisée par

trois faits pathologiques : des ulcérations superficielles, à bords irréguliers taillés en biseau ; la sécrétion d'un liquide séro-gommeux, et, enfin, la formation de croûtes foliacées, lamelleuses, plates, minces et blanchâtres, reposant sur un derme perpétuellement humide.

Pendant cette période, l'eczéma ne pourrait guère être confondu qu'avec l'impétigo, et cependant l'impétigo que nous avons eu déjà à distinguer de l'eczéma, à sa période pustuleuse, a des caractères non moins tranchés, et non moins distinctifs lorsqu'il est arrivé à sa période croûteuse ; ses croûtes en effet sont épaisses, rocheuses, jaunes, séparées par des sillons, des crevasses, laissant suinter un liquide de la couleur et de la consistance du miel ; aussi Alibert, dans son langage imagé, avait-il nommé l'impétigo : « *melitagra flavescens* » ; les croûtes de l'eczéma au contraire sont blanchâtres, et tellement minces, et lamelleuses, que M. Bazin les désigne sous le diminutif de « *croûtelles* ».

4e période : *Squameuse.*

A cettte période le derme n'est pas encore revenu à son état physiologique ; il est encore malade, et il produit, sous forme de squames, un épiderme malade. Or, quelles sont les affections avec lesquelles l'eczéma squameux pourrait être confondu ? — Ce sont les autres affections également squameuses, c'est-à-dire le psoriasis, le pityriasis et l'ichthyose.

Mais dans le psoriasis, les squames sont blanches, brillantes, imbriquées, toujours épaisses, toujours sèches, et attachées à un dermetoujours sec lui-même. Dans l'eczéma, au contraire, les squames sont minces, foliacées, lamelleuses, sans adhérence, et se détachent d'un derme humide, aminci, rouge noirâtre, à reflets métalliques et brillants, comme s'il était enduit d'une couche de vernis.

Dans le pityriasis, les squames ne sont qu'une poussière qui se détache et tombe d'elle-même; le derme étant d'un rouge rosé, mais toujours sec, dans le *pityriasis rubra*, et restant avec sa coloration et sa manière d'être normales, dans le *pityriasis alba*.

Notre excellent maître, M. Hardy, a donc tort de vouloir faire absorber le pityriasis par l'eczéma, sous prétexte que ce sont deux affections squameuses. L'eczéma et le pityriasis sont deux entités morbides essentiellement distinctes. L'eczéma, toujours humide, ne devient squameux qu'à sa quatrième période, et ses squames sont foliacées; le pityriasis, toujours sec, est toujours squameux, et ses squames sont toujours pulvérulentes.

Dans l'ichthyose, les altérations épidermiques affectent des formes diverses : tantôt ce sont des squames pulvérulentes, pelliculaires se détachant d'elles-mêmes; tantôt ce sont des saillies, des pointes, de véritables végétations cornées très-adhérentes au derme, lequel est toujours épaissi, hypertrophié, sans la moindre trace de travail inflammatoire; de plus, l'ichthyose est congénitale; c'est une infirmité, c'est une difformité plutôt qu'une maladie; aussi ne sera-t-il jamais difficile de distinguer un cas d'ichthyose d'un cas d'eczéma squameux.

Mais, avons-nous dit, il ne suffit pas de savoir reconnaître un eczéma, de pouvoir le diagnostiquer, et le distinguer des affections qui offrent avec lui quelques ressemblances; il faut encore en savoir reconnaître la nature, c'est de cette seconde partie de son diagnostic que nous allons nous occuper actuellement.

Nous avons admis un eczéma *idiopathique*, ou de cause externe et locale, un eczéma *saisonnier*, ou *pyréxique*, et un eczéma *herpétique*.

Si l'eczéma est *idiopathique, de cause externe*, ou *professionnel*, nous le verrons exister dans les régions expo-

sées à l'irritation qui l'a produit; il siégera aux mains le plus souvent, et nous le rencontrerons chez les teinturiers, les laveurs de vaisselle, les épiciers, etc. Dans ces cas, M. Hardy prétend que la profession n'est que la cause *déterminante*, tandis que la cause *efficiente* réside dans l'économie. Mais, alors, comment expliquer qu'une affection qui reconnaît pour cause un vice de la constitution, reste localisée, qu'elle n'ait aucune tendance à la généralisation ni à la récidive; qu'elle guérisse toujours et promptement par des applications topiques et que l'on n'ait jamais besoin d'avoir recours, pour la voir disparaître, à un traitement général antidiathésique?

Les parasites amènent fréquemment dans la peau une inflammation qui se traduit par une poussée eczémateuse. Pour M. Hardy, le parasite, lui aussi, n'est que la cause *déterminante*. Mais nous lui demanderons comment il se fait que jamais, dans ce cas, l'eczéma n'existe *avant* le parasite? qu'il n'existe *que là où est le parasite?* qu'il disparaisse aussitôt après la destruction du parasite? comment il se fait enfin, que l'eczéma développé dans ces conditions, n'offre jamais aucun des caractères que lui-même a attribués aux affections dartreuses? A ces différents traits, auxquels se joindra presque toujours l'existence simultanée de diverses autres lésions anatomiques, n'appartenant pas à l'eczéma et constituant une affection complexe et polymorphe, vous reconnaîtrez l'eczéma parasitaire idiopathique.

L'eczéma sera *saisonnier*, ou *pyréxique*, lorsqu'il aura été précédé de symptômes généraux prodromiques; lorsque son apparition spontanée ne pourra être attribuée, à aucune cause externe, professionnelle ou parasitaire, lorsqu'il existera chez un individu non herpétique, et qu'il guérira dans l'espace de 18 à 20 jours.

Nous serons en droit d'affirmer qu'un eczéma est de

nature herpétique quand il se présentera avec les caractères des herpétides ; c'est-à-dire, généralisé, symétrique, tenace, réfractaire au traitement, par conséquent avec une durée toujours longue, avec des démangeaisons toujours vives, sans cause déterminante occasionnelle appréciable, ou bien, s'il existe une de ces causes, lorsque l'eczéma ne reste pas limité aux régions sur lesquelles cette cause aura agi ; mais, au contraire, lorsqu'il se sera développé, généralisé, étendu à des parties éloignées de la sphère d'action de cette cause, et lorsque sa durée sera indéfiniment prolongée après la suppression de la cause déterminante.

Voilà, messieurs, comment vous devez considérer, et résoudre la grande question du diagnostic de l'eczéma.

Le *pronostic* n'est ni moins difficile ni moins important; il faut que vous possédiez bien tout ce qui a rapport à ce chapitre de l'histoire de l'eczéma, car les malades ne manquent jamais de vous poser cette triple question : *Est-ce grave? sera-ce long? combien de temps cela durera-t-il?* Or, la détermination de la gravité et de la durée de l'eczéma dépend : 1° de sa nature; 2° de la forme sous laquelle il se présente; 3° du siége qu'il occupe.

L'eczéma idiopathique, de cause externe, professionnelle ou parasitaire n'est jamais grave; il ne dure que ce que dure la cause professionnelle, ou parasitaire; supprimez-la, faites cesser au malade son travail, détruisez les parasites, et vous verrez bientôt l'eczéma disparaître. Cependant il y a dans l'eczéma professionnel une certaine gravité, en ce que dans quelques cas, ses récidives, sous l'influence de la même cause, peuvent contraindre un malade dont la peau est trop facilement irritable, à renoncer définitivement à son genre de travail et à changer de profession.

L'eczéma *pyrexique*, fébrile ou saisonnier, n'offre pas non plus de gravité; cependant les démangeaisons exces-

sives qu'il détermine, entraînent souvent la perte du sommeil et de l'appétit, et jettent le malade dans un état d'excessive excitation nerveuse, sa durée est de 15 à 20 jours.

L'eczéma *herpétique* est toujours grave, parce qu'ayant ses racines dans l'économie, parce qu'étant produit, et entretenu par une cause diathésique, c'est-à-dire par une constitution herpétique ou dartreuse, il se présente avec tous les caractères des herpétides; c'est-à-dire avec une durée toujours longue, avec tendance à la généralisation et à la récidivité, avec une ténacité souvent désespérante, et la possibilité de métastases ou de répercussions viscérales toujours redoutables. Quand il s'agit de cet eczéma, soyez toujours très-réservés relativement au pronostic de la durée; n'oubliez pas que dans son évolution, il procède par poussées successives, et que souvent on peut le croire absolument éteint lorsqu'une poussée nouvelle et imprévue en ranime toute l'acuité.

La gravité de l'eczéma se déduit d'autres considérations encore que de sa nature : ainsi, 1° *de sa forme*. L'eczéma humide, fluent est plus grave que l'eczéma sec ou rubrum, parce que sa durée est plus longue, parce que la sécrétion humide très-abondante et généralisée peut épuiser les malades, parce qu'enfin, la cessation brusque de cette sécrétion peut amener des accidents métastatiques, souvent très-sérieux.

2° La gravité du pronostic résulte de l'étendue plus ou moins considérable des surfaces eczémateuses. Il est évident, en effet, que plus le mal se sera propagé et généralisé, et plus par conséquent vous aurez à en redouter les effets.

3° Elle résulte de la multiplicité, et de la dissémination des plaques eczémateuses, pour lesquelles le traitement local devient alors, sinon impossible, du moins très-difficile.

4° Elle résulte enfin du siége occupé par l'eczéma, la

considération du siége est en effet de la plus haute importance, en raison des troubles fonctionnels, des douleurs, des complications, des difformités, de la durée, et des exigences thérapeutiques qui sont ou qui peuvent être la conséquence de telle ou telle localisation eczémateuse.

Rappelez-vous, par exemple, que l'eczéma *pilare*, c'est-à-dire l'eczéma siégeant dans les régions chevelues, est, par le fait même de la présence du système chevelu, toujours plus sérieux et plus long; je vous en ai dit les motifs. Rappelez-vous que l'eczéma *auriculaire* peut devenir une affection de la plus haute importance, lorsque l'inflammation eczémateuse se propage vers les parties profondes de l'organe de l'ouïe.

Rappelez-vous que l'eczéma de la face occasionne et laisse souvent à sa suite des difformités, telles que l'ectropion, et que le traitement qu'il nécessite, impose, aussi bien que la maladie elle-même, la nécessité de l'isolement et de la séquestration aux malheureux qui en sont atteints. Rappelez-vous que l'eczéma *intertrigineux* exige un repos presque absolu, par le fait de l'isolement des parties malades. Rappelez-vous que l'eczéma des *mains* entraîne la cessation de tout travail, et que l'eczéma des *membres inférieurs* commande l'immobilisation, la position horizontale, le séjour au lit, et que trop souvent il laisse après lui des varices, et la peau amincie, dénaturée, ulcéreuse; aussi le pronostic que vous porterez sur lui devra-t-il être toujours grave.

Nous devons maintenant vous parler du TRAITEMENT de l'eczéma.

Mais laissez-moi d'abord, messieurs, vous rappeler un fait douloureux, c'est l'ignorance profonde dans laquelle se trouvent la plupart des médecins, relativement aux maladies de la peau; presque tous se sentent incapables de faire, sur le genre et sur la nature de ces maladies, un

diagnostic sérieux, raisonné, net et véritablement scientifique : ils restent sur ce point fondamental de la dermatologie, dans l'incertitude la plus complète, dans le vague le plus absolu; ils ressemblent à des hommes qui marchent au milieu des ténèbres, s'avancent à tâtons, et comme à l'aventure sans savoir où ils vont. Aussi le traitement qu'ils instituent, présente-t-il le même vague, la même incertitude, la même déraison. Ils ont quelques formules de pommades, d'onguents, de solutions aqueuses ou alcooliques qu'ils appliquent indistinctement, sans règle, et comme au hasard à tous les cas qui se présentent; et, comme l'eczéma est de toutes les affections cutanées, la plus fréquente, il en résulte que c'est à propos de l'eczéma que se commettent les erreurs thérapeutiques les plus nombreuses et les plus dangereuses.

Pour instituer un traitement rationnel, il est nécessaire de bien savoir ce qu'est dans son essence, dans sa nature, la maladie que l'on doit traiter.

Or l'eczéma (de ἐκζέω, je brûle) est une maladie essentiellement inflammatoire, c'est une inflammation de la peau. Par conséquent, vous combattrez cette inflammation par une médication antiphlogistique ou émolliente.

Vous commencerez par écarter des parties malades tout ce qui pourrait entretenir ou aviver l'inflammation dont elles sont atteintes. Vous ferez en sorte qu'aucun vêtement ne produise des adhérences ou des frottements sur les surfaces eczémateuses. Vous recommanderez aux malades de résister à l'envie de se gratter; vous n'imiterez point les médecins qui prescrivent des pommades : toutes les pommades sont mauvaises, en pareil cas; il en est de même des liniments. Quelle que soit en effet, la substance active, ou inerte, qui entre dans leur composition, leur excipien commun est l'axonge, la glycérine, ou une huile quelconque; or ces corps gras étant en contact avec la peau et

ses produits de sécrétion ne tardent pas à subir une fermentation acide ; aussi, peu de temps après son application, la pommade la plus émolliente est transformée en un agent irritant. Il en est de même des cataplasmes de farine de lin, qui ne tardent pas, eux aussi, à s'acidifier, et à devenir ainsi de véritables sinapismes.

Les moyens qui sont à notre disposition, pour combattre l'inflammation eczémateuse, sont peu nombreux ; mais, ils sont efficaces ; nous allons les passer en revue :

1° Les bains généraux ou locaux, émollients, tièdes, d'amidon, de son, ou de guimauve, pris le plus souvent possible, et avec les plus grandes précautions, pour éviter toutes les chances de refroidissement et de répercussion ou d'irritation occasionnée par l'action des linges à essuyer.

2° Les cataplasmes de fécule de pommes de terre ; j'ai à vous dire ici comment doivent être faits ces cataplasmes pour être vraiment émollients.

Souvent on se contente de délayer la fécule dans l'eau ; cette pratique est éminemment mauvaise. Le cataplasme fait ainsi ne retient, n'absorbe que très-peu d'eau ; cette minime quantité d'eau ne tarde pas à s'évaporer, et à laisser le cataplasme transformé en une masse plâtreuse, dure, cassante, sèche et irritante. Le cataplasme de fécule de pommes de terre doit être fait par décoction ; il faut que, par l'ébullition, chaque grain de fécule ait été désagrégé et pénétré par l'eau, de façon à ce que la fécule soit devenue une gelée transparente, homogène, bleuâtre ; il faut, de plus que cette gelée soit assez molle et assez diffluente pour n'adhérer à aucun point des parties malades, sans quoi, en l'enlevant, vous produiriez des déchirures à leur surface, et vous détruiriez les cicatrices à mesure qu'elles se forment. Il faut encore que le cataplasme soit appliqué à la température du corps : trop chaud, il serait irritant, et augmenterait l'inflammation ; trop froid, il pour-

rait amener la suppression de la sécrétion qui se fait à la surface des parties malades, et, devenir ainsi la cause de complications métastatiques toujours graves. Le cataplasme doit être enlevé après 8 ou 10 heures, et remplacé immédiatement par un cataplasme nouveau, de façon que la partie malade ne soit jamais laissée en contact avec l'air, dont l'action irritante est toujours à redouter.

Enfin, et toujours pour ménager les parties suintantes et ulcérées, défendez aux malades de les essuyer, de les absterger, même avec un linge très-fin.

Si, pour une raison quelconque, vous n'aviez pas recours aux cataplasmes de fécule, je vous engage à les remplacer par des compresses imbibées d'eau de guimauve, d'eau de son, ou d'eau de sureau, que vous auriez soin de tenir humides, en les arrosant fréquemment, mais sans découvrir les parties malades.

Lorsque l'eczéma occupe une étendue considérable, ou la presque totalité du corps, il est très-difficile de couvrir de cataplasmes toutes les surfaces qui en sont atteintes. Dans ces cas, on a recours avec avantage à l'emploi du caoutchouc vulcanisé. L'idée première de ce mode de traitement est due à M. Colson, de Noyon. M. Hardy cependant en revendique pour lui la priorité : quoi qu'il en soit, voici comment s'emploie le caoutchouc vulcanisé, et comment vous devez comprendre son action thérapeutique.

On l'applique directement et immédiatement sur les parties malades qu'il doit envelopper hermétiquement, de manière à les soustraire complétement au contact de l'air. Ces parties se trouvent donc couvertes d'un tissu imperméable qui empêchant toute évaporation de se produire, retient à leur surface, non-seulement la sécrétion morbide séro-gommeuse qui s'y opère, mais encore toutes les autres sécrétions cutanées normales. Il en résulte que ces parties se trouvent, non pas seulement soustraites au con-

tact de l'air, et à tout ce qu'il y a d'irritant pour elles dans les vicissitudes de température et dans les changements de pansements toujours douloureux, mais encore entourées d'une atmosphère humide, à température constante qui leur constitue un véritable bain émollient et permanent.

Le caoutchouc reste ainsi appliqué 24 heures de suite, ou seulement 12 heures, suivant l'abondance de l'exhalation qui s'opère à la surface des parties. Quand on l'enlève, on fait prendre un bain émollient aux malades, ou bien on arrose la peau d'eau émolliente et tiède, de manière à bien l'ablutionner. On n'essuie qu'à peine, avec la plus grande précaution ou même pas du tout, et on remet tout de suite, au sortir du bain, un autre caoutchouc parfaitement sec. Quant à l'autre, on le lave à l'eau de son et on le laisse 24 heures sécher au grand air, avant de l'appliquer de nouveau.

Telle est la théorie de l'emploi du caoutchouc.

Lorsqu'une étendue considérable du corps est eczémateuse, on l'habille d'un véritable vêtement de caoutchouc. Nous faisons faire des vestes, des chemises, des pantalons de caoutchouc ; quand c'est la figure qui est malade, nous la couvrons d'un masque de caoutchouc, à la surface duquel on ménage des ouvertures pour les yeux, le nez et la bouche. Si c'est le cuir chevelu, on le couvre d'une calotte ou d'un capuchon de caoutchouc ; mais en raison de la chaleur qu'il concentre dans la région péri-crânienne, il y a des malades qui ne peuvent pas le supporter sur la tête, où il a souvent l'inconvénient de déterminer des céphalalgies congestives : dans ce cas, on le remplace par des cataplasmes.

On peut, suivant la convenance des malades, alterner l'emploi du caoutchouc avec l'emploi des cataplasmes : ainsi se servir du caoutchouc pendant le jour et des cata-

plasmes pendant la nuit. On peut encore employer les deux topiques simultanément, sur deux régions différentes, suivant l'avantage que l'on retirera de l'un et de l'autre.

L'emploi du caoutchouc, comme comme celui des cataplasmes, doit être continué pendant un temps très-long, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus la moindre trace du travail inflammatoire, non-seulement jusqu'à la cessation de toute sécrétion humide, mais encore jusqu'à la cessation de toute sécrétion squameuse, jusqu'à ce que la peau ait repris à peu près son état normal.

On peut dans certains cas et dans certaines régions, comme à la face, sous les aisselles et dans la zone génitale, remplacer les cataplasmes par une poudre émolliente, siccative et isolante, telle que la poudre d'amidon, mais il faut avoir bien soin qu'elle soit dépourvue de tout arome, car alors elle serait irritante ; dans ce cas, on ablutionne 2 ou 3 fois par jour les parties malades, avec une eau émolliente, et, sans les avoir essuyées, on les saupoudre ensuite d'une couche épaisse de poudre d'amidon.

Tel doit être le traitement local de l'eczéma aigu.

Lorsque l'eczéma existe à l'état chronique, lorsqu'il est associé au lichen, la peau s'en trouve souvent épaissie, desséchée, ses plis sont hypertrophiés, elle est rugueuse, pachydermisée ; il est nécessaire alors d'exciter, de réveiller sa vitalité, de la détremper, de l'humidifier, de l'amincir, de l'user, de la raboter en quelque sorte, couche par couche, de la ramener ainsi à un état inflammatoire. C'est à quoi nous arrivons par des bains locaux ou généraux, simples ou composés, par des douches, par des pulvérisations d'eau pure, d'eau alcaline, d'eau sulfureuse ou aromatique. En même temps, vous prescrirez des frictions excitantes d'huile de cade, de baume Fioraventi, de pommade d'Helmerich, de teinture d'iode qui concourront à produire la modification locale que vous vous proposez d'obtenir.

Voilà, messieurs, comment vous devez eomprendre le traitement loeal ou externe de l'eczéma, ce traitement suffira, si l'eezéma est *de cause externe*, *professionnelle*, par exemple. Il est bien entendu que vous devrez eommeneer par supprimer la eause, imposer au malade la cessation de son travail, non-seulement pendant toute la durée du traitement, mais eneore ne lui permettre de le reprendre qu'après la guérison eomplète et parfaitement confirmée.

Si l'eezéma est *parasitaire*, vous devrcz tout d'abord détruire les parasites par le traitement parasiticide qui leur convient; quand cette destruetion est opérée, alors soignez l'eezéma qui nc tardera pas à s'éteindre.

Mais il arrive souvent quc les manifestations eczémateuses engendrées par les parasites, sont tellement intenses, que le traitement parasitieide ne pourrait pas être preserit sans danger. Daus ce eas, il faut déjà s'occuper de ces manifestations, il faut les combattre par des émollients, et quand elles ont perdu de leur acuité, reeourir aux diverses applieations parasiticides, aussitôt que les lésions eczémateuses amendées en rendront l'emploi possible.

L'eezéma *sycosiforme*, c'est-à-dire avec propagation de l'inflammation aux follicules pilifères, devra être traité, en outre des applications émollientes, par l'épilation qui, seule, pourra produire une aetion antiphlogistique et déplétive suffisante sur les follieules pilifères phlogosés.

Lorsque l'eezéma est de nature *herpétique*, le traitement local ne saurait suffire; il faut nécessairement alors recourir à une médieation interne, anti-diathésique. Nous n'avons pas malheureusement pour combattre la diathèse herpétique, un médicament aussi sûr et aussi puissant que le mercure, eependant, nous sommes loin d'être désarmés contre elle, car nous avons à lui opposer l'arsenie. Nous le répétons, l'arsenie n'est pas eontre l'herpétis un spécifique au même degré que le mereure contre la syphilis,

mais cependant il a une valeur thérapeutique incontestable, et on retire de son emploi des résultats tellement remarquables, qu'il est vrai de dire que nous ne possédons rien de mieux à opposer à la diathèse herpétique. Aussi, dans le traitement de l'herpétis, il est impossible de n'avoir pas recours à l'arsenic.

Mais l'emploi de cet agent thérapeutique indispensable, doit être soumis à certaines règles qu'il faut bien connaître : il a pour propriété d'exciter les fonctions physiologiques, d'activer la circulation, de congestionner la peau ; par conséquent il ne faut jamais l'administrer quand l'eczéma est dans une période d'acuité, d'inflammation vive, car on augmenterait par son fait même, les poussées et les accidents inflammatoires. Il faut attendre que le feu eczémateux se soit éteint et que les poussées aient cessé de se produire, sous l'influence d'un traitement local émollient, et d'une médication interne, tempérante, délayante, purgative et diurétique, suffisamment prolongés. Le traitement des 3 premières périodes de l'eczéma doit donc être exclusivement émollient et antiphlogistique *intus* et *extra*. Ne donnez l'arsenic que quand l'eczéma est entré dans sa 4e période, ou bien lorsque d'emblée, il a revêtu la forme chronique, et qu'alors vous n'avez pas à craindre de donner un coup de fouet à l'intensité de ses manifestations.

Une deuxième et très-importante recommandation ayant trait à l'administration de l'arsenic est celle-ci : avant de le prescrire, interrogez toujours l'état des voies digestives ; si la langue est saburrale, s'il y a de la dyspepsie, de l'inappétence, gardez-vous de donner l'arsenic, il ne serait pas supporté, il augmenterait les accidents gastro-intestinaux. Administrez dans ce cas un vomitif, suivi d'une ou deux purgations, de boissons acidules et amères, et ne donnez l'arsenic qu'après le complet rétablissement des

fonctions digestives; c'est alors seulement qu'il sera supporté, digéré, assimilé, et qu'il agira comme médicament altérant, anti-diathésique, sans apporter aucun trouble aux fonctions physiologiques.

En troisième lieu, faites prendre l'arsenic au moment des repas, en mangeant; ingurgité en même temps que le bol alimentaire, il sera mieux supporté, plus facilement digéré et assimilé; il fatiguera moins l'estomac et n'exigera pas de lui un travail supplémentaire.

Enfin, comme tous les médicaments altérants, anti-diathésiques, dont l'usage doit être longtemps continué, donnez-le à faibles doses, à doses assez fractionnées pour ne pas occasionner de troubles digestifs, autrement, loin d'agir plus efficacement contre la diathèse que vous voulez détruire, vous détermineriez des accidents qui constitueraient une complication souvent assez sérieuse et vous forceraient de suspendre l'emploi du médicament souvent pendant un temps considérable.

Nous employons l'arsenic à l'état d'arséniate de soude, ce sel est le plus soluble et le plus facilement assimilable. Nous n'aimons pas à nous servir de la liqueur de Pearson et surtout de la liqueur de Fowler, classiques cependant l'une et l'autre, en raison du danger qu'elles présentent : nous leur préférons deux autres préparations que nous vous recommandons et qui sont beaucoup plus faciles à manier.

Tantôt nous donnons l'arséniate de soude à l'état solide et sous forme pilulaire; et tantôt à l'état liquide, en solution aqueuse.

La formule de nos pilules est la suivante :

Arséniate de soude.	1 milligramme
Extrait de gentiane.	10 centigrammes.

Pour chaque pilule, nous en faisons prendre ordinairement 6 par jour, 2 à chacun des 3 repas, en les enve-

loppant ainsi en quelque sorte dans les aliments. Quelquefois, nous en donnons 9 par jour, 3 à chaque repas ; plus rarement encore, nous en donnons 12 par jour, 4 à chaque repas, nous ne dépassons jamais cette dernière dose.

La solution arsénicale dont nous nous servons est la suivante :

Arséniate de soude.	10 centigrammes
Eau.	500 grammes.

Chaque cuillerée à soupe de cette solution contient 2 milligrammes d'arséniate de soude, nous en donnons une à chacun des 3 repas, quelquefois 1 1/2, rarement 2 pour atteindre la dose de 12 milligrammes d'arséniate de soude que nous ne dépassons jamais.

Mais il ne faut pas seulement, par un traitement interne ou anti-diathésique, soigner *la maladie*, c'est-à-dire l'herpétis, il faut encore soigner *le malade*, il faut considérer quelle est sa constitution, quel est son état de santé générale ? Ainsi votre malade est herpétique, mais en même temps il peut être anémié, cachectique, de là, pour le traitement, de précieuses indications que vous ne devrez jamais négliger.

Lors donc que le malade sera, comme cela est si fréquent dans les villes, à la fois herpétique, anémié ou cachectique, ne manquez jamais de lui donner, concurremment avec l'arsenic, le fer, le quinquina et les divers analeptiques. Souvent même, avant de lui prescrire l'arsenic, vous devrez commencer par les préparations ferrugineuses, par les vins de quinquina, de gentiane, de Bordeaux, de Bagnols, par les eaux minérales les plus reconstituantes, telles que les eaux de la Bauche, d'Orezza, de Marcols, de Capvern, et par le régime alimentaire le plus succulent.

L'arsenic sera mieux supporté et plus facilement assi-

milé lorsque la santé générale aura été déjà améliorée par ce régime reconstituant et réparateur.

Si, au contraire, le malade est d'un tempérament sanguin et pléthorique, insistez sur les diurétiques, sur les boissons alcalines et dépuratives et sur l'usage des eaux minérales purgatives; prescrivez-lui un régime alimentaire exclusivement composé de viandes blanches, de laitage, et de végétaux herbacés. Le traitement interne, anti-diathésique, tel que nous venons de le formuler, qu'il soit simplement anti-herpétique, c'est-à-dire purement arsénical, ou qu'il soit en même temps tonique et reconstituant, ou bien révulsif et hyposthénisant, doit toujours être de longue durée. Ne perdons pas de vue, en effet, que c'est un traitement *altérant*, en d'autres termes, un traitement modificateur destiné à changer la manière d'être d'une constitution malade, à détruire un vice profond dont cette constitution est imprégnée; or, ce changement ne peut s'opérer que lentement, progressivement et petit à petit. Il est impossible d'établir d'une manière fixe et générale quelle doit être la durée précise de ce traitement. Cette durée variera suivant l'ancienneté de l'eczéma, suivant la forme qu'il aura revêtu, suivant ses récidives, suivant son plus ou moins de généralisation, suivant aussi que la constitution du malade sera plus ou moins mauvaise. Mais si nous supposons les conditions les moins défavorables, nous devrons toujours compter que la médication interne devra être continuée pendant 3, 4, 5, 6 mois, et quelquefois davantage; et c'est là une des raisons pour lesquelles il est important de ménager la susceptibilité de l'estomac, en atténuant et fractionnant les doses médicamenteuses.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LEÇONS SUR L'HERPÈS NÉVRALGIQUE DES ORGANES GÉNITAUX, par Ch. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi, lauréat de l'Institut, in-8° de 112 pages. Paris, 1877, chez A. Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Quoiqu'il ait fait parler de lui à plus d'un titre, j'en suis encore à connaître M. Mauriac. Mais, n'importe ; je l'aime sans le connaître : et très-certainement, — et tôt plus que tard, — je ferai le voyage de Paris pour serrer la main ferme autant que délicate qui, après avoir mené à bien le minutieux décalqué de types morbides jusqu'ici méconnus, sait avec le même succès fouiller la gangue épaisse dont s'enveloppe leur étiologie intime.

Mais un autre mobile me pousse vers mon distingué collègue du Midi. Il existe assurément entre son esprit et le mien une similitude qui, sur un autre théâtre, à Paris, eût fait de nous deux rivaux sans doute, peut-être quelque chose de pis, qui, — piquant paradoxe géographique ! — à la distance où nous pratiquons, ne peut manquer de nous rapprocher. Cette similitude, la peindrai-je exactement en disant qu'il est plusieurs fois arrivé à M. Mauriac de trouver ce que, moi, je cherchais ?... Non ; ce ne serait point là bien rendre ma pensée. Mais la vérité, cependant, est que, à deux reprises successives, en lisant une des lumineuses déterminations cliniques tombées de sa plume, m'est échue

cette occasion, bien connue de ceux qui cultivent les sciences naturelles, de se dire — d'abord avec le plus sincère plaisir : « Tiens!... mais j'avais observé cela moi-même, » — sauf à ajouter tout bas, non sans quelque amertume : « Tiens!... mais pourquoi donc ne l'ai-je pas publié? »

Ainsi en advint-il pour la remarquable monographie de M. Mauriac sur les névralgies consécutives à l'épididymite. Ainsi en est-il, aujourd'hui, du non moins magistral mémoire qu'il vient de faire paraître sur l'*herpès névralgique des organes génitaux*. Mon expérience personnelle confirme donc pleinement tout ce que M. Mauriac a signalé. Comme à lui, il m'a passé sous les yeux de ces cas singuliers où un herpès préputialis suscite non-seulement des irradiations névralgiques à la verge, au périnée, à l'aine, aux bourses, dans les membres inférieurs, etc., mais engendre soit l'hypéresthésie, soit l'anesthésie cutanées; phénomènes dont la complexité, la bizarrerie peuvent être l'origine de déviations générales plus graves, influencer les fonctions nutritives, les secrétions, altérant toujours et de préférence les actes de l'innervation, poussant même parfois le malade à des conceptions semi-maniaques. La seule, mais grande, mais capitale différence entre M. Mauriac et moi, c'est qu'il a publié les résultats de son observation; c'est surtout que, après avoir donné de ce groupe de symptômes une description claire, complète, méthodique, il en a nettement aperçu, positivement assigné la cause dans une lésion des centres nerveux « lésion analogue, dit-il, à celle qui produit le zona, mais moins profonde, moins inflammatoire, plus diffuse, plus mobile, etc. » Sur ces divers points, c'est dans l'ouvrage même que l'on cherchera, que j'engage très-fortement les amateurs de science bien faite à chercher les indications précises dues à l'ingénieuse sagacité de l'auteur. Il va certes fort loin dans cet ordre d'investigations, mais on le suit sans fatigue et surtout sans résis-

tance. Ce n'est que arrivé au sommet — il me permettra bien de le dire — que, se retournant enfin, le lecteur constate avec un grain d'inquiétude à quelle hauteur il s'est laissé entraîner par un guide si persuasif.

M. Mauriac a donc, par ce travail méritoire, rendu un service important à la pratique en même temps que payé un précieux tribut à la science. Mais, après le point qui nous unit sans réserve, venons-en au point sur lequel j'aurais quelques explications à provoquer.

Tout inventeur — c'est un sentiment trop naturel pour qu'on le blâme — cherche à caser le plus avantageusement possible le produit de sa création. Or, ici, la place n'était pas tout à fait vacante. Avant que l'*herpès névralgique* naquît, un auteur que M. Mauriac et moi connaissons parfaitement avait décrit, non moins *ex professo*, l'*herpès récidivant des parties génitales*. Eh bien! quelle est la prétention, quels sont les droits du nouveau venu? Se présente-t-il comme espèce morbide à part? n'est-il, au contraire, qu'une individualité plus accusée du genre auquel le nom de M. Doyon mérite d'être attaché? En d'autres termes, existerait-il un herpès récidivant, sans phénomènes névralgiques; puis, en dehors de celui-ci, ayant non-seulement rang, mais existence, constitution pathologique à soi, un herpès récidivant avec phénomènes névralgiques?

Pour juger le différend... non, gardons le langage de nos sentiments, et disons simplement pour éclairer la question, il y a diverses circonstances à prendre en considération. Passons-les successivement en revue et voyons en faveur de laquelle des deux solutions leur interprétation impartiale va parler le plus haut.

1° *Les cas d'herpès névralgique sont peu nombreux*, me dira-t-on, de l'hôpital du Midi; *donc ils méritent bien de former une espèce morbide à part.*

Peu nombreux... cela est exact. M. Mauriac n'en cite de sa pratique que quatre; et je n'en trouve moi-même que trois dans mes souvenirs. Mais le mot *rareté*, notons-le, ne s'entend ici et ne devait en effet s'entendre que des cas bien tranchés, de ceux où les phénomènes névralgiques débordent et dominent la scène, au point de laisser dans l'esprit de l'observateur une impression ineffaçable éclipsant le spectacle des phénomènes objectifs, c'est-à-dire de l'éruption cutanée. Or, ce qu'il y a de vrai, ce qu'il faut retenir, c'est que tout cas d'herpès génital, bien caractérisé par le nombre et la régularité de ses récidives, offre, plus ou moins prononcée, mais très-reconnaissable, l'intervention de la névralgie. Depuis la simple démangeaison locale, constant précurseur de l'accès, jusqu'à l'ensemble des troubles nerveux dont se compose le tableau complexe signé par M. Mauriac, il existe, on observe des degrés multiples. Si donc il est naturel que le clinicien, frappé de l'accentuation extrême qu'atteint dans certains cas l'élément névralgique, trace de ces exemples une description à part, — et j'ajoute une très-intéressante description, — le pathologiste doit se prémunir contre la propension à faire une classe de ce qui n'offre les signes et ne mérite d'avoir la valeur que d'un degré.

2° *L'herpès génital ordinaire,* dit-on encore, *succède en général à des maladies vénériennes. Or, les sujets chez qui on a observé l'herpès névralgique en étaient exempts* ou *n'en avaient eu qu'à des époques plus ou moins éloignées.*

Pour apprécier l'exactitude de cette assertion, il n'y a qu'à compulser les faits mêmes de l'auteur. Sur cinq malades que M. Mauriac cite comme types d'herpès névralgique, l'un avait eu, il y a 9 ans, une syphilis dont les accidents durèrent trois ans; le second, cinq blennorrhagies (dont la dernière guérie depuis quelques jours); le troisième une syphilis, il y a deux ans, et une blennorrha-

gie il y a un an. Quant aux deux autres, le texte de l'observation est muet sur l'existence de maladies vénériennes, mais il ne spécifie pas non plus que les sujets en fussent exempts.

3° *L'herpès génital ordinaire,* dit notre auteur, *se présente chez des sujets dartreux comme chez des sujets arthritiques. La variété névralgique de l'affection paraît être plus particulièrement tributaire de l'arthritis.*

Parmi les chercheurs, dirai-je les chasseurs d'arthritis, qu'a engendrés, dirai-je l'école, non une école de Saint-Louis, M. Mauriac compte certainement parmi ceux dont le coup d'œil est le plus sûr, comme aussi parmi les moins sujets à se laisser éblouir par les mirages doctrinaux. Aussi, sans contester la part qui peut revenir à l'arthritis dans la genèse de la variété névralgique, me bornerai-je à lui rappeler :

Que dans les 22 observations d'herpès génital récidivant, publiées par M. Doyon, on a presque toujours trouvé mis très-distinctement en lumière l'antécédent dartreux.

Que l'existence de cet antécédent est, en fait, beaucoup plus difficile à constater chez les malades que celle de l'arthritis, tout client s'honorant d'avoir des névralgies, des *douleurs*, ce qui l'autorise à s'attribuer un *tempérament nerveux;* aucun, tout au contraire, n'étant bien jaloux, soit pour lui, soit pour sa famille, de s'avouer herpétique, c'est-à-dire dartreux. M. Mauriac est trop profondément particien pour voir dans cette remarque, si souvent vérifiée dans nos cabinets respectifs, un augument de polémiste.

Enfin que toujours, mais depuis dix-huit mois surtout encore plus, j'ai interrogé très-soigneusement, et avec une insistance extrême, tous mes clients génito-herpétiques sur leurs antécédents rhumatismaux et névralgiques, tant héréditaires que personnels, et que, très-souvent, il m'a été

impossible d'en constater chez eux la moindre trace, le moindre souvenir.

Si, maintenant, curieux de mieux connaître l'intime nature de l'herpès génital, de cette affection aussi ancienne que les maladies vénériennes, et pourtant étudiée depuis si peu d'années, nous demandons son avis à M. Mauriac, il nous répond :

« L'analogie entre l'appareil névropathique de l'herpès génital que j'ai décrit et celui de l'herpès zoster est si frappante qu'on se trouve conduit à conclure à l'analogie de lésion dans les deux cas. Il est donc extrêmement probable que l'herpès névralgique des organes génitaux se rattache à un processus hypérémique qui envahit une étendue plus ou moins considérable du plexus sacré... Cette irritation hypérémique doit dépendre d'une disposition constitutionnelle de l'organisme qui est très-probablement l'arthritisme. C'est l'existence de cette cause constitutionnelle qui explique les récidives fréquentes de l'herpès génital, lequel est l'expression momentanée et plus ou moins répétée de la diathèse arthritique et dartreuse... — Les circonstances étiologiques locales, auxquelles on a l'habitude de rattacher l'herpès, sont incapables de le produire à elles seules, et directement. La cause accessoire n'agit qu'en suscitant la prédisposition générale et en dirigeant son action sur la muqueuse glando-préputiale. » (Pages 82 et suivantes.)

Nous venons de laisser parler M. Mauriac ; ce qui précède est son texte même. L'analogie avec le zona, qu'il invoque, nous paraît des mieux justifiées en même temps que des plus propres à éclairer la genèse de l'herpès. Mais ne l'oublions pas : pour trouver cette analogie saisissante — et suffisante comme interprétation étiologique — il faut faire ce qu'il a fait, considérer presque exclusivement une des formes ou plutôt l'un des degrés du genre *herpès*

génital récidivant, celui dans lequel l'élément névralgique tient une place prédominante.

Si, élevant, ou pour mieux dire, généralisant le débat, nous osions hasarder un pas plus avant à la poursuite de la vérité sur l'herpès génital, — en tenant compte, mais sans tenir plus de compte qu'il ne convient, de la variété névralgique, — voici comment nous inclinerions à donner la théorie de cette affection, aussi extraordinaire par l'imprévu de ses coups que par la singularité de ses allures :

Indépendamment des cas, très-rares, d'invasion spontanée, un individu, dirions-nous, sera atteint d'herpès génital lorsqu'il offrira cette double condition : 1° d'avoir eu, aux organes génitaux, une lésion capable par son siége, sa durée, sa nature, d'influencer, selon un certain mode, celui des *ministères* encéphaliques qui régit la nutrition cutanée (1); 2° d'être en même temps en puissance d'une diathèse, dartreuse ou arthritique, qui favorise la production de ces troubles nutritifs de la peau (2).

Mais tout n'est pas là. L'eczémateux le plus chargé de croûtes, le rhumatisant le plus perclus de douleurs auront beau contracter chancres et blennorrhagies, ils peuvent échapper, ils échapperont très-souvent à l'herpès consécutif. Pourquoi cela?

Pourquoi?... Tenons compte de ce fait qu'il n'y a d'éruption pareille (avec ses irradiations névralgiques, avec sa localisation immuable, avec ses récidives opiniâtres et à

(1) Les maladies vénériennes se trouvent être à peu près les seules qui, dans l'appareil génital, soient capables de remplir ces conditions.

(2) Entre la dartre et l'arthritis, c'est à la statistique de prononcer. et je ne crains point son arrêt. Mais l'excellent esprit de M. Mauriac ne se sent-il pas déjà un peu ébranlé par cette considération, par ce fait dont, en thérapeutiste éprouvé, il proclame lui-même la réalité, que le traitement radical, curatif de l'herpès génital consiste uniquement dans l'emploi des eaux minérales sulfureuses?

date fixe), qu'il n'y a, dis-je, sur la vaste étendue du corps humain et parmi tant d'arthritiques et de dartreux qui souffrent et se grattent, qu'il n'y a d'éruption pareille qu'aux organes génitaux. Tenons compte de cet autre fait que, chez quelques individus, — j'en vois un, d'ici, qui rien qu'en me lisant, ressent assurément une irradiation névralgique dans l'aine gauche, — la seule peur d'*avoir pris du mal*, engendre des cuissons et même des sécrétions uréthrales, des névralgies de la sphère génitale, des éruptions même d'herpès bien caractérisé (M. Mauriac en cite un bel exemple).

Or, puisque pour expliquer l'herpès il faut, nous dit-on, un processus irritatif du système nerveux, il faut bien aussi pour expliquer ce processus une cause quelconque. Cette cause, la dartre, l'arthritis n'en représentent que la nature. Mais constituent-elles la cause même? Je réponds non, et je le prouve, en niant, d'après l'observation, que chez tout dartreux qui a eu un chancre, l'effet, c'est-à-dire l'herpès récidivant, doive immanquablement s'ensuivre. Outre ces éléments générateurs nécessaires, il faut donc quelque chose encore.

Ce quelque chose, un spécialiste ne saurait le méconnaître, et M. Mauriac va le désigner, le nommer en même temps que moi : c'est cette impression profonde, *sui generis*, que, chez les hommes surtout (*le sexe à herpès*), à un certain degré de culture intellectuelle (*voit-on souvent l'herpès chez les campagnards?*), une irritation, parfois dans certaines circonstances un simple attouchement (1), à plus forte raison une lésion matérielle des organes génitaux, exercent sur le système nerveux.

Or, cette impression toute spéciale, *voulue par la na-*

(1) J'ai vu, frappé instantanément de syncope, tomber par terre un client à qui, simplement pour lui enseigner le mode d'exécution, je pratiquais une injection d'eau dans l'urèthre.

ture, une fois qu'elle a été perçue par les nerfs sensitifs, ne se borne pas toujours à déterminer une sensation. Souvent elle déborde au sein des centres nerveux, elle s'y extravase pour ainsi dire dans les départements adjacents ou même éloignés de celui où elle a abouti primordialement. Et nul de ceux qui savent qu'il lui arrive de créer ainsi un état très-analogue à l'aliénation mentale (syphilimanie) ne regardera comme étrange qu'elle puisse produire une lésion des nerfs trophiques ; et comme conséquence — celle-là réelle et palpable — une éruption vésiculeuse locale.

Peut-être, d'ailleurs, cette éruption vésiculeuse, cet herpès ne trouve-t-il la pleine condition de son développement que lorsque la lésion (chancre ou blennorhagie) qui en fut le point de départ occupait et par conséquent affectait l'extrémité terminale d'un rameau nerveux. Notre sagace confrère a touché ce point qui, ainsi que la régularité chronologique des récidives, indique et nécessite de nouvelles recherches, et je ne demanderais pas mieux que de les poursuivre avec lui. Mais il faut s'arrêter.

S'arrêter ?... non, le mot est trop pénible à prononcer en si bonne compagnie. Ce n'est, je l'espère bien, entre M. Mauriac et moi, que partie et conversations remises. Et puisque le journal dans lequel il m'est doux de le provoquer à échanger nos idées, a justement un mode de publicité qui, tout en permettant la réflexion, interdit de trop longs délais, c'est à deux mois sans plus — une échéance de poussée d'herpès — que je l'ajourne pour continuer à causer de l'herpès.

P. Diday.

Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, par le Dr Eug. Ory, interne des hôpitaux.

L'auteur de ce travail consciencieux se propose de résoudre le problème suivant : « Étant donnée une personne, ayant un chancre induré, chez laquelle surviennent d'une manière précoce des syphilides tertiaires, rechercher la cause de la gravité exceptionnelle des manifestations syphilitiques. »

Ainsi posée, la question se présente à lui sous trois faces : la gravité de la syphilis dépend-elle 1° de la force du virus, 2° du siége du chancre, 3° de l'état de l'organisme ? Toutefois, je ferai remarquer que par *gravité de la syphilis* l'auteur n'entend que celle des manifestations *cutanées*, auxquelles il a limité sa thèse déjà fort étendue. Il ne sera donc pas question dans ses recherches des manifestations *viscérales* précoces.

C'est pièces en main, « en restant dans les limites d'un travail clinique, » que M. Ory, cherche sa démonstration ; et il cite à l'appui de sa thèse jusqu'à 37 observations scrupuleusement recueillies.

Il n'a pas cependant négligé les recherches bibliographiques et historiques pour résoudre son premier théorème. En se prononçant nettement contre « *l'influence de la graine*, » suivant l'expression de M. Diday, il cherche à prouver que les syphilis exotiques ne doivent leur gravité qu'aux conditions hygiéniques mauvaises ou aux habitudes dépravées des individus qui s'expatrient, ou des soldats restés au Mexique ou en Cochinchine. Quant à certaines influences locales, l'immunité de l'Islande par exemple, de l'Afrique australe et du Japon, sont-elles expliquées d'une façon péremptoire ? Nous ne le croyons

pas. Sans doute « la propreté extrême des habitants, cette première vertu sociale des Japonais, peut avoir une importance réelle ; mais la même vertu se rencontre-t-elle dans tous les pays aussi favorisés ? »

La gravité tient-elle à la *porte d'entrée ?* En d'autres termes, pourquoi « la syphilis vaccinale, » « la syphilis déterminée par la transplantation des dents, » par un cathétérisme avec un instrument malpropre, sont-elles toujours plus graves ? Pour les chancres de la bouche et de la gorge, le siége interviendrait comme cause de dispepsie et d'auto-infection ; dans les autres cas cités, l'influence des privations du siége, ou des excès alcooliques est signalée.

Quant à la variété du chancre, quelquefois il est phagédénique, mais d'autres fois il est « insignifiant. » Et à ce propos n'est-il pas permis de se demander quelle part a eue dans ces cas l'absence de traitement qui a été la règle, par exemple à la suite d'infection par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, comme dans beaucoup de syphilis malignes à début latent. M. Ory ne pose pas cette question.

Les remarques précédentes font voir que l'auteur s'attache surtout à la question du *terrain*. Sur 30 cas de syphilis malignes, il a noté ou trouvé noté, comme cause prédisposante : le siége de Paris, l'albuminurie, l'allaitement pénible, le rhumatisme, les hémorrhagies, des idées de suicide, etc... La prédisposition du sexe masculin s'explique par ses habitudes alcooliques plus fréquentes. Et en effet un alcoolisme invétéré est signalé dans un grand nombre des observations citées. Il y a là l'application d'un fait, « nouvellement remis en lumière par M. le professeur Verneuil et ses élèves : la peau est atteinte, elle est ulcérée, parce qu'alors c'est là qu'est le *locus minoris resistentiæ*. » Dans d'autres cas la scrofule, le lympha-

tisme, se surajoutent l'alcoolisme, ou bien encore les sujets sont surmenés, anémiés par suite d'hémorrhagies récentes. C'est de la même façon qu'agissent la grossesse et l'allaitement : ce sont des conditions débilitantes. D'autres fois encore le chagrin éprouvé par le malade, qui se regarde comme déshonoré lui et les siens par le mal vénérien, est une cause de « misère physiologique. »

En terminant M. Ory pose les conclusions suivantes :

Les syphilides malignes précoces qui se sont rencontrées en assez grand nombre à mon observation se sont déclarées toujours chez des gens dont l'organisme était débilité.

« Le lymphatisme, la scrofule, l'allaitement, la grossesse, et bien souvent l'alcoolisme, la débauche, les chagrins, l'âge avancé, la maladie, la misère au moment de la contamination ou peu de temps après, sont les causes fréquentes de la précocité des accidents ulcéreux de la peau chez les syphilitiques, et cela, quelle que soit l'origine du virus et quel qu'ait été le mode de contamination.

« Les mêmes causes survenant dans le cours de la syphilis en aggravent le pronostic et font apparaître les manifestations ulcéreuses.

« De là la nécessité de se préoccuper beaucoup de l'hygiène des malades atteints de syphilis, et les quelques succès incontestables du traitement tonique à l'exclusion de tout traitement spécifique. » FERDINAND DREYFOUS.

DE L'ÉLÉPHANTIASIS VULVAIRE CHEZ LES EUROPÉENNES, par H. CELLARD. — Thèse de Paris, 1877.

Voici une excellente monographie, et qui révèle de la part de son auteur autant d'originalité que d'érudition. La

question bien spéciale, bien limitée, a été fouillée jusque dans ses moindres recoins, et les descriptions s'appuyent sur une grande quantité de faits empruntés à la littérature médicale française, allemande, espagnole et italienne. C'est là, on peut le dire, un travail absolument complet.

Un premier chapitre est consacré à l'exposé rapide des *conditions anatomiques et physiologiques de la région*. Nous signalons particulièrement cette introduction, où l'auteur développe des aperçus nouveaux et ingénieux. Un exemple : voici un point jusqu'ici bien peu connu de la physiologie de la miction :

« En haut, chaque petite lèvre se bifurque en deux branches, l'inférieure qui va s'attacher au clitoris, offre peu d'intérêt; quant à la supérieure, elle passe au-dessus de celui-ci, se réunit à celle du côté opposé, et constitue par cette réunion le prépuce du clitoris. Ce capuchon peut s'hypertrophier en même temps que les petites lèvres et recouvrir complétement le clitoris et le méat; nous avons souvent vu cette disposition remarquable chez des femmes âgées, et nous sommes loin de la croire rare. C'est surtout, croyons-nous, à ce voile flasque et tombant, qui n'a rien de pathologique, autant qu'à la diminution de contractilité de la vessie, que tient la faculté qu'ont les vieilles femmes de se livrer à la miction étant debout et sans souiller leurs vêtements. »

Vient ensuite l'*étiologie* de l'éléphantiasis. L'auteur combat l'opinion de ceux qui en font une conséquence de l'abus des plaisirs vénériens : « Parmi les causes d'irritation locale prolongée, écrit-il, les auteurs ont voulu mettre l'abus du coït. Panarolus, cité par Klewitz, aurait vu une courtisane malade dont « une des nymphes présentait un « développement tel qu'elle ressemblait à une torpille, dont « le nom italien est *ochiatella*. » Thilow observa une hypertrophie énorme de nature éléphantiasique sur la grande

lèvre droite d'une jeune fille « extrêmement voluptueuse. » Nous-même en rapportons des exemples. Nous avons pu nous convaincre dans les services spéciaux que les femmes publiques ont les petites lèvres extrêmement déformées et souvent allongées, mais, au delà de cette hypertrophie modérée, elles ne sont pas plus atteintes que les autres. De plus, comme la maladie se rencontre souvent chez des femmes incontestablement vierges, nous considérons cette étiologie comme plus que douteuse. »

L'*Anatomie pathologique* révèle la prédisposition particulière des petites lèvres, qui sont incontestablement les plus fréquemment atteintes; là se place un fait curieux. Et d'abord, quand une seule grande lèvre est atteinte, on voit le mal siéger à peu près aussi souvent à gauche qu'à droite, cependant un peu plus à gauche; mais pour les petites lèvres, il n'y a pas d'hésitation à avoir, celle de gauche est cinq fois plus souvent malade que celle de l'autre côté; cela tiendrait-il à ce que la main droite dont on fait plus habituellement usage atteindrait plus facilement cette nymphe que son homologue ? c'est probable.

Notons encore cette particularité bien digne de remarque : « l'épiderme présente généralement une épaisseur normale: et même assez souvent cette couche est diminuée plutôt qu'augmentée. Mais ce qu'il y a de frappant et que tous les auteurs n'ont cependant pas noté, c'est le peu d'épaisseur de la couche cornée; elle a pu parfois être bornée à quatre rangs de cellules aplaties; on en a conclu avec raison à une vitalité exagérée du réseau de Malpighi. En traitant la préparation par le picrocarminate d'ammoniaque, on aperçoit à peine la zone granuleuse sous-jacente à la couche cornée désignée par Schron sous le nom de *stratum lucidum;* le petit nombre de cellules qui la composent sont pleines de granulations que le carmin colore en rouge, et on y distingue à peine les traces du noyau, que nous verrons

très-apparent dans les parties un peu plus profondes. C'est évidemment là un commencement d'altération dans la constitution des cellules qui vont bientôt devenir la couche cornée. »

En résumé, suivant H. Cellard, l'éléphantiasis de la vulve serait une dermite chronique, diffuse, caractérisée par un retour à l'état embryonnaire de tout le derme qui bientôt s'hypertrophie, accompagnée et plutôt précédée par la production d'un œdème lymphatique et de lacunes plus ou moins vastes. Cet œdème serait très-probablement la cause de la dermite.

La partie clinique est riche de documents admirablement choisis par l'auteur parmi près de soixante observations. J'y trouve consigné un fait bien extraordinaire, et que les lecteurs des *Annales* me sauront gré de reproduire ici. Il est vrai que la nature éléphantiasique du néoplasme est plus que douteuse, ce qui n'a sans doute pas échappé à M. Cellard, mais l'observation était par elle-même trop intéressante, pour qu'on dût la passer sous silence ; je la transcris donc ici :

« Une dame de 40 ans, d'une bonne constitution, de tempérament sanguin, nerveux, vint consulter le Dr Guiros pour une difformité qui lui vint il y a trois ans aux parties génitales, et qui prit des proportions remarquables.

« En l'examinant, le Dr Guiros rencontra à la partie supérieure et externe de la grande lèvre gauche une excroissance tégumentaire d'une énorme longueur. Cette production morbide, constituée par la peau et le tissu conjonctif, ressemblait à une natte et avait plus de deux mètres de longueur, sa circonférence était à peu près égale à celle du petit doigt ; indolente à la pression, elle laissait très-bien percevoir dans toute son étendue le battement des vaisseaux. Sa longueur était telle que la patiente, pour ne pas marcher dessus, la tenait constamment attachée autour de sa ceinture au moyen d'un bandage de son invention.

« Il conseilla à cette dame de se soumettre à une opération

afin de se débarrasser de cette monstruosité; ajoutant du reste qu'elle n'avait aucun danger à courir. Il eût été difficile de trouver une opération plus simple et plus rapide.

« Il fixa la base de la tumeur avec une pince à anneau, et coupa le pédicule d'un seul coup. Il y eut une légère hémorrhagie, et la malade guérit en peu de jours, grâce à une compression méthodique et quelques cautérisations au nitrate d'argent fondu. La malade fut très-heureuse d'être débarrassée de cette maladie qui, quoique ne lui causant pas de douleurs, était très-disgracieuse et, de plus, était un empêchement aux embrassements de son mari » (Dr Tuan Guiros).

Pour le *traitement* l'auteur préconise l'ablation faite au moyen du cautère galvanique.

Un index bibliographique très-complet, suivi d'un catalogue des pièces d'éléphantiasis vulvaire, déposées au musée Dupuytren, termine cette remarquable thèse inaugurale.

L. J.

Du pemphigus dans les névroses, par L.-G. Mermet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Thèse de Paris, 1877.

L'intérêt de ce remarquable travail réside à la fois dans les observations cliniques de l'auteur et les considérations théoriques dont il les a fait suivre. Ne pouvant analyser complétement les faits cliniques, nous croyons intéressant d'en donner ici le sommaire, qui guidera les bibliographes pour les recherches de l'avenir.

Observation I. — Violentes convulsions hystériques, éruption de pemphigus lorsqu'elles cessent.

Observation II. — Chlorose, accès d'hystérie, névropathie héréditaire; six poussées de pemphigus en 9 mois.

Observation III. — Grandes crises d'hystérie, paraplé-

gie; lorsque la paraplégie disparaît, éruption de pemphigus.

Observation IV. — Symptômes nerveux, pleurs faciles, hémoptysie, dysurie, hématurie, alternant avec des éruptions de pemphigus.

Observation V. — Hystéro-épilepsie, crises, bulles pemphigoïdes fugaces après les crises.

Observation VI. — Hystérie, névralgie, depuis 5 ans éruptions pemphigoïdes intermittentes, tantôt sur un membre, tantôt sur un autre, tantôt à la face, tantôt sur le thorax.

Observation VII. — Crises hystériques, troubles de la sensibilité et de la motilité, éruption de pemphigus.

Observation VIII. — Boule, clou, aphonie hystérique, aménorrhée, éruption de pemphigus survenue une fois après une friction avec de l'alcool camphré.

Observation IX. — Nervosisme, goître exophthalmique, poussées de pemphigus.

Voici maintenant les conclusions formulées à la fin de son travail par M. Mermet :

I. Le pemphigus est une inflammation de la peau que l'on rencontre dans un grand nombre d'affections.

II. On le rencontre quelques fois dans les névroses et particulièrement dans l'hystérie.

III. Dans les névroses il a une distribution irrégulière, il est fugace; les bulles dont le contenu est limpide et légèrement citrin ne laissent pas de cicatrices à la peau. Les poussées alternent le plus souvent avec les symptômes de la névrose.

IV. Son pronostic n'est pas grave.

V. Une légère irritation de la peau, qui ne produirait rien chez un individu sain, le développe rapidement chez les névropathiques.

VI. Il est probablement dû à une irritation des nerfs sensitifs à leur origine dans la substance grise des centres nerveux.

VII. Son traitement local est le même que dans les autres variétés.

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur quelques points d'étiologie de la syphilis héréditaire.

A la séance du 26 mai 1876 de la *New York Medical Journal Association*, le Dr F.-R. Sturgis, dans un court et substantiel mémoire, se livre à une critique approfondie de l'opinion, encore si généralement admise dans le corps médical, que l'œuf, contenu dans l'utérus, se trouve contaminé par le sperme, sans que la mère soit infectée ni par le père, ni par le fœtus.

Le Dr Sturgis croit que les partisans de cette doctrine offrent trois points très-faibles dès le début de la discussion. 1° Ils doivent prouver, d'une façon positive, que le père et l'enfant sont syphilitiques ; 2° il faut qu'ils démontrent toute absence de syphilis chez la mère, avant, pendant et après sa grossesse ; 3° enfin ils sont obligés de trouver une explication plausible à certaines anomalies qui n'embarrassent pas leurs adversaires, lesquels n'ont qu'à administrer la preuve du parfait état de santé de la mère et de l'enfant.

Dans la critique qu'il fait de la première doctrine, le docteur se pose cette question : Pourquoi est-il peu probable que la syphilis infecte l'œuf seul, et que la mère reste indemne ?

On sait, par expérience, que la contamination n'a pas

lieu par les excrétions naturelles, telles que la sueur, la salive, les larmes, le lait, etc.; et le sperme, d'après la théorie précitée, pourrait transmettre la syphilis à un fœtus qui résiderait dans la matrice jusqu'à terme, sans danger pour la mère; mais, à peine né, il pourrait devenir un foyer de contagion pour ceux qui auraient le malheur de mettre en contact avec ses muqueuses une partie quelconque de leur système absorbant; et la mère, au milieu de tout cela, resterait indemne!

Le docteur estime qu'une pareille doctrine, une fois adoptée, met de côté l'endosmose et l'exosmose du virus syphilitique, pour donner naissance à cette grave question : Comment expliquer l'absorption dans les cas de syphilis acquise?

Lorsque l'on étudie la doctrine au point de vue de l'hérédité, on s'aperçoit que des mères syphilitiques donnent le jour à des enfants syphilitiques dans des cas où le père est sain ; si donc le virus n'a point transsudé hors des vaisseaux maternels, quand et comment l'enfant s'est-il trouvé contaminé ? Le docteur Sturgis se livre à une critique sévère des observations rapportées par M. Kassowitz, de Vienne, le dernier auteur qui ait écrit en faveur de ladite théorie. Il y avait 400 observations, sur 122 desquelles on indiquait l'état de la mère comme inconnu. Outre cette objection d'ignorance, ce travail se trouve en complète opposition d'idées avec l'expérience d'Owere, de Christiania, par exemple, qui, sur 100 observations, n'avait pas eu un seul cas à mentionner comme inconnu, sous le rapport des antécédents syphilitiques de la mère. Le point sur lequel portent les critiques du Dr Sturgis est de savoir si c'est par le moyen du liquide séminal que la syphilis a été communiquée à l'œuf; en analysant quelques-unes des observations de Kassowitz, on acquiert la conviction que c'est bien plutôt à l'existence de fausses couches antérieures qu'est

due l'issue funeste, qu'à celle de signes syphilitiques certains du côté de la mère. Il rapporte également d'intéressantes observations dues à Caspary et à Langton Parker; de leur ensemble, il arrive à conclure que le bon état de santé d'une mère, qui a donné naissance à un enfant syphilitique, était toujours plus apparent que réel.

En ce point, le Dr Sturgis examine un autre côté de la question : un père syphilitique engendre des enfants sains, aussi longtemps que la mère demeure saine. On regarde maintenant comme au-dessus de toute discussion ce point de doctrine, démontré surabondamment, en 1854, par Cullerier, quoique, au début, telle ne fût pas son opinion. Puis il fait allusion aux cas de même nature rapportés par Notta, Charrier, Diday, Mireur et Owere. Le Dr Sturgis y joint les notes de trois observations de sa pratique personnelle, indiscutables, de non-contagion de la mère et de l'enfant, le père seul étant syphilitique ; il n'y avait donc pas eu là contamination par le sperme. Néanmoins, le Dr Sturgis trouve la question délicate et difficile à résoudre, bien que d'une grande importance.

La discussion sur ce mémoire s'ouvre par des remarques du Dr F.-N. Otis sur les nombreux éléments de doute qui existent dans toutes les circonstances où l'on a signalé la transmission de la syphilis du père à l'enfant, sans l'intervention de la mère. Ces éléments sont si nombreux qu'il a dû y avoir, croit-il, beaucoup d'erreurs, et il regrette l'absence de renseignements bien nets sur l'inoculabilité du fluide séminal. Jusqu'à ce que l'inoculation de ce liquide ait fait ses preuves sur des individus sains, il veut profiter du bénéfice de l'hésitation. Puis le Dr Otis fait remarquer qu'il croit limitée dans sa durée l'inoculabilité du poison syphilitique. Prenons un exemple : un homme, qui a traversé la période active de la vérole, qui ne souffre plus que de ce qu'on appelle partout les suites de la syphilis, c'est-à-dire

au bout de quatre ou cinq ans, et après un complet traitement, ne saurait transmettre la syphilis par aucune voie. C'est ainsi que le docteur n'attribue plus à la vérole les petites érosions muqueuses que l'on observe si souvent, et qui ressemblent tant à des lésions syphilitiques ; elles sont l'effet, dit-il, d'une indigestion, de l'abus du tabac, etc. En ce qui concerne la transmission de la vérole par les suites de la maladie, le Dr Otis raconte une observation personnelle qui montre bien la difficulté que l'on éprouve à arriver jusqu'à l'évidence. Un homme, qui avait eu un chancre initial, suivi d'éruptions secondaires, épousa une femme saine, dont il eut un enfant sain, au moins en ce qui concerne la syphilis. Il avait une grande crainte de donner la maladie à sa femme. Le temps passa, et au bout de cinq à six ans après l'apparition du chancre, la femme vint chez le docteur avec ce qui plus tard se trouva être un tubercule syphilitique de la cuisse ; peu après, des plaques muqueuses se montrèrent à la bouche. En apparence, la position sociale des deux époux était au-dessus de toute espèce de soupçon, en sorte que le cas était fort embarrassant pour le docteur. Comment expliquer chez la femme la présence de lésions syphilitiques ? Le docteur vit la femme en particulier, lui exposa ses doutes, et lui déclara que son mari se croyait l'auteur de sa maladie ; mais elle s'écria que son mari était le plus pur des hommes, et elle reconnut avoir eu des relations avec un ancien amant pendant une absence de son époux.

En terminant, le Dr Otis ajoute qu'il n'a jamais vu de syphilis communiquée quatre ou cinq ans après les manifestations actives de la maladie, qu'il a toujours eu des doutes sur la réalité des observations qu'on en a rapportées.

Le Dr Quackenboss estime qu'une femme syphilitique engendre toujours des enfants syphilitiques ; mais, neuf

fois sur dix, assure-t-il, un père syphilitique engendre des enfants sains.

A ce propos, le docteur rapporte une observation très-difficile à expliquer. Une femme absolument saine se marie et donne le jour à un enfant sain. Plus tard, son mari lui communique des chancres, et la femme obtient le divorce. Après un traitement sérieux, elle est en apparence tout à fait guérie. Au bout d'un temps assez long, elle épouse de nouveau un homme sain, devient enceinte et donne naissance à un enfant indubitablement syphilitique.

Qu'était devenu le virus pendant les sept ou huit années qui ont suivi les manifestations actives de la maladie, puisque, en fin de compte, il a reparu chez cet enfant si réellement affecté ? (*New York Medical Record.*)

*Traduit de l'anglais par le D*r ÉDOUARD LABARRAQUE.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA SYPHILIS DE LA POPULATION FÉMININE DE SAINT-PÉTERSBOURG, par M. le Dr ED. SCHPERK, médecin en chef de l'hôpital Kalinkinsky. — (Traduction du russe, par MM. les Drs W. PORAY-KOSCHITZ et CH. SCHWARTZ.)

Les recherches de l'auteur portent sur une seule année. Les matériaux qui ont servi à la rédaction de ce mémoire n'ont trait qu'à la population féminine de Saint-Pétersbourg. Voici les principaux résultats auxquels l'auteur est parvenu :

A) *Syphilis chez les prostituées des maisons de tolérance.*

La proportion des syphilitiques, énorme (52 0/0) chez celles de 15 à 20 ans, s'abaisse à 20 0/0 de 20 à 25, puis décroît assez également pour chaque période quinquennale suivante.

L'auteur établit ensuite la proportion des syphilitiques

dans chacune des trois périodes de la syphilis par rapport au chiffre des prostituées en maison :

De 15 à 20 ans la proportion des infections récentes est de 13, 3 0/0, elle s'abaisse ensuite rapidement dans la seconde période quinquennale 2, 4 0/0 et dans les deux périodes quinquennales suivantes (de 25 à 35 ans) elle n'est plus constituée que par des cas isolés, moins de 1 0/0 ; chez les femmes âgées de plus de 35 ans l'auteur n'a pas constaté un seul cas d'infection pendant l'année 1872.

Des données précédentes le Dr Schperk déduit les trois propositions suivantes :

1° Le renouvellement réel du personnel des prostituées en maison, c'est-à-dire l'adjonction au personnel de nouvelles recrues saines (non syphilitiques), s'accomplit uniquement dans les années comprises entre la 15e et la 20e. Dans les âges ultérieurs ce renouvellement est fictif, c'est-à-dire que des femmes syphilitiques sont remplacées par d'autres, également syphilitiques.

2° A partir de l'âge de 25 ans (à l'exception de quelques prostituées qui ne peuvent être prises en compte), tout le personnel des prostituées en maison est syphilitique.

3° Le résultat général de ces théorèmes serait, d'après l'auteur, que, à partir de l'âge de 25 ans, toute la classe des prostituées en maison est syphilisée, et que la syphilis commence à disparaître au sein de cette classe.

Syphilis chez les malades entrées à l'hôpital volontairement.

La proportion des femmes infectées non-seulement ne s'abaisse pas entre 20 et 25 ans, mais elle monte même un peu ; puis la proportion des infections nouvelles s'abaisse et, d'après les données recueillies en 1872, elle reste au

même niveau jusqu'à l'âge de 40 ans; à partir de cet âge il ne se produit plus de nouveaux cas d'infection. Il est certain, dit M. Schperk, que dans la masse de la population pétersbourgeoise les femmes cessent de contracter la syphilis à partir de l'âge de 40 ans, non parce qu'elles sont déjà syphilitiques, mais parce qu'il est exceptionnel que la femme entre à cet âge pour la première fois dans la voie de la prostitution clandestine. En un mot, ce que la syphilisation accomplit dans la classe des prostituées en maison, c'est la déchéance de la fonction génitale (ménopause) qui l'accomplit dans la masse de la population.

Syphilis chez les prostituées en carte.

Ici, où l'enregistrement est loin d'être aussi régulier que chez les prostituées en maison, on ne trouve pas des séries mathématiques régulières, mais cependant les proportions sont à peu près les mêmes que celles que nous avons signalées dans le premier cas. Ainsi c'est encore de 15 à 20 ans que la proportion des syphilitiques est le plus élevée, et à l'âge de 40 ans, la syphilis ou bien semble cesser complétement, ou plutôt ne se rencontre que par cas isolés, et à la période gommeuse.

Syphilis chez les prostituées clandestines envoyées d'office à l'hôpital.

On retrouve ici tous les traits essentiels de la syphilis chez les femmes entrées à l'hôpital de leur plein gré; maximum des cas de syphilis de 20 à 25 ans et abaissement très-lent de ce chiffre dans les âges suivants.

En résumé, malgré la surveillance la plus méticuleuse de la part de la police de salubrité, un certain nombre

d'infections sont inévitables, en prenant le personnel des prostituées tel qu'il est. Les chances d'infection que présentent les prostituées en maison ont leur maximum (50 0/0) de 15 à 20 ans, c'est-à-dire à l'âge où l'effectif de ces prostituées se renouvelle surtout par des femmes saines, par conséquent capables de contracter la syphilis et destinées ensuite à traverser une période de 1 an 1/2 à 3 ans pendant laquelle les symptômes sont le plus contagieux, les récidives le plus fréquentes et où même l'infection est peut-être possible dans l'intervalle des récidives. Aussi peut-on dire avec certitude que la propagation de la syphilis dans les maisons de tolérance est proportionnelle au renouvellement du personnel de ces maisons par les femmes saines. Par conséquent, à côté de l'inscription et de l'envoi des malades aux hôpitaux, il importe de réglementer le personnel effectif des prostituées. D'une manière générale : plus la législation et la bienfaisance privée prendront des mesures pour diminuer l'affluence dans les maisons de tolérance de femmes jeunes et saines, plus la propagation de la syphilis sera entravée. Sans espérer que les maisons de prostitution atteignent l'idéal au point de vue sanitaire en ayant un personnel exclusivement composé de syphilisées (mais ne portant aucune lésion spécifique), l'auteur pense que la proportion de ces femmes peut être augmentée par des mesures convenables, et que ces mesures porteront leurs fruits.

Nous savons également que la syphilis s'observe en beaucoup plus forte proportion chez les individus jeunes (notamment dans la période de 19 à 24 ans). Mais nous ne concluons point de cette remarque que si les gens plus âgés offrent moins d'exemples de syphilis c'est parce qu'ils l'ont déjà eue. Cette rareté comparative s'explique plus naturellement, selon nous, par l'habitude des soins de propreté préservatifs, habitude qu'on n'utilise

d'une façon efficace qu'avec un certain degré d'expérience, c'est-à-dire qu'à un certain âge.

Cette observation s'applique non moins logiquement aux filles *de maison*, où, d'ailleurs, les plus jeunes sont évidemment les plus recherchées et par conséquent les plus exposées.

Quant au précepte implicitement émis par l'auteur de composer le personnel *prostituable* de femmes syphilisées, cette idée renouvelée des beaux jours de la syphilisation, mais alors recommandée seulement pour les nourrices, idée éminemment clinique, je l'accorde, nous paraît destinée à faire assurément son chemin au *lit* du malade mieux qu'auprès de tout autre.

Gangrène du scrotum occasionnée par la présence de pédiculi du pubis, par Blychaertz.

Quand l'auteur vit pour la première fois le malade dont il rapporte l'observation, il constata un commencement de gangrène du scrotum qui était froid, dur, et comme parcheminé. On ne voyait pas trace de poils. Bientôt le processus gagna la verge, le prépuce ; une ligne de démarcation se forma à un doigt au-dessous de l'arcade crurale, et tout le tégument s'élimina. La réparation se fit rapidement et bientôt les fonctions de l'organe purent s'accomplir normalement.

L'auteur, recherchant la cause de ce mal singulier, donne l'explication suivante. Le malade avait eu dans le principe des milliers de poux sur le pubis ; et tourmenté par d'atroces démangeaisons, s'était gratté frénétiquement.

Un jour il s'écorcha avec les ongles, et c'est cette petite plaie qui, sur un organisme déprimé par la misère et les

privations de toutes sortes, chez un cachectique en un mot, aurait été l'origine du processus gangréneux. — Si rationnelle que soit cette manière de voir, on doit regretter que M. Blychaertz ne nous renseigne pas avec plus de précision sur l'état général du sujet. Par exemple, n'était-il point diabétique? (*Presse médicale belge*, 14 janvier 1877.)

L. J.

De la surface cutanée du pli génito-crural et des parties voisines comme nid de l'oxyure vermiculaire, par Michelson.

Un enfant de 13 ans se plaint de démangeaisons dans la région inguinale, et l'on constate qu'elle est le siége d'un eczéma impétigineux marginé, permettant de soupçonner la présence du tricophyton. Le centre de l'éruption offre une surface humide, couverte de petits points rosés, de débris d'épiderme macéré et exhale une odeur fétide.

L'examen microscopique fait reconnaître non pas un parasite végétal, mais un parasite animal, constitué par des œufs d'oxyure à divers degrés de développement. Ces helminthes sont venus sans doute de la muqueuse de l'anus, de même que chez la femme on les voit gagner la vulve, le vagin et même l'utérus. A l'aide de leur queue ils peuvent écarter les couches de l'épiderme pour y déposer leurs œufs, dont l'éclosion est favorisée par la chaleur et l'humidité de la région.

Cet eczéma doit être rapproché de celui que l'on voit souvent engendré par les œufs du pédiculus. Dans le cas rapporté par Michelson, la guérison fut rapidement obtenue par des bains chauds et des lavages à l'acide salicylique. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 33, 1877.)

L. J.

UN CAS D'HÉMATHYDROSE, par TITTEL.

L'hémathydrose, qui a inspiré depuis quelques années d'importants travaux à Chauffard, Parrot, Legg, Higginbotham, Hebra, Scanzoni, Krocker, n'a guère été observée que chez la femme; aussi beaucoup d'auteurs la considèrent-ils comme une hémorrhagie menstruelle supplémentaire. A l'encontre de cette opinion voici un cas dû à Tittel, et qui a trait à un jeune homme de 20 ans. Dès l'âge de 12 ans il avait vu parfois se produire sur son visage des taches sanguines; mais ce n'est que depuis un an, qu'à la suite d'une violente émotion morale, il vit survenir un écoulement de sang en nature par la peau du dos de la main. Peu à peu le front, le cou, les aisselles, les membres inférieurs devinrent le siége d'un pareil phénomène.

Tous les organes étaient normaux. Pendant les crises le pouls s'abaissait de 60 à 40 battements, et le patient éprouvait céphalalgie, vertiges, faiblesse très-grande. Pas de sang dans l'urine. La guérison eut lieu depuis, un an à peu près après le début.

Tittel a pu voir le sang sortir des conduits sudorifères, autour desquels la peau ne présentait absolument rien d'anormal. Ayant analysé la matière colorante qui teignait les vêtements, il y retrouva des cristaux d'hématosine. Mais c'est dans les aisselles que la localisation de l'écoulement était bien évidente. Sur les orifices des glandes se voyaient de petites gouttes desséchées; si l'on exerçait avec la main une pression sur les conduits, on faisait sourdre une nouvelle quantité de liquide rouge. Enfin, ayant enlevé une petite surface de la peau, et l'ayant portée sous le microscope, Tittel put voir un petit caillot logé dans les conduits sudorifères. Chez un autre malade, le professeur Wagner

put observer le même phénomène sur une tranche de peau voisine d'une lésion télangiectasique.

Comme on le voit, ces faits confirment pleinement l'opinion de Tierfelder, Sturm, Muller, Trubiger sur le siége du mal, mais sa pathogénie reste à chercher. Tout porte à croire cependant qu'il s'agit ici d'une relation entre les affections psychiques et celles des centres vaso-moteurs. (*Arch. d. Heilk.*, 1877.) L. J.

Du zona ophthalmique avec névrite optique du côté correspondant, par Daguenet.

Jusqu'ici le zona ophthalmique avait été rencontré en coïncidence avec la conjonctivite, la kératite, l'iritis, l'irido-choroïdite. Daguenet vient d'en observer un cas dans le cours d'une névrite optique du même côté. L'explication qu'il donne de ce fait est au moins ingénieuse.

Dans les cas précédents, dit-il, c'est au nerf nasal duquel dérivent les nerfs ciliaires, qu'il faut rapporter l'impression réflexe; mais dans ce dernier cas, ne peut-on pas admettre qu'il existe chez notre malade une anomalie, découverte et décrite par Zudmann, et suivant laquelle un filet des nerfs ciliaires pénétrerait dans le nerf optique, en s'accolant à l'artère centrale ? On ne manquera pas d'objecter à M. Daguenet, que la névrite optique pouvant être considérée comme une névrose du grand sympathique, il n'est pas besoin de recourir à l'hypothèse d'une disposition anatomique aussi exceptionnelle pour rendre compte d'une lésion qui n'est elle-même, à vrai dire, que la manifestation d'un trouble vaso-moteur? (*Recueil d'ophthalmologie.* — Avril 1877.) L. J.

UN CAS DE ZOSTER FRONTAL TRAUMATIQUE, par KINNICUTT.

Un enfant de 13 ans reçoit un coup très-violent au-dessus de l'œil gauche. Pendant les 2 ou 3 jours suivants il souffre de douleurs diffuses dans la tête; au 7[e] jour il accuse une douleur aiguë, lancinante et intermittente le long du trajet de la branche frontale du nerf ophthalmique, et absolument limitée à cette région. Un soulagement ne survint que le soir du 3[e] jour, en même temps que parut une tache rouge.

Le jour suivant: Température à 37°,9 (100°,5 F.), le malade est en proie à des nausées et à un malaise général. Paraît une éruption des mieux caractérisées sur le trajet du frontal: elle consiste en groupes de vésicules aplaties de la paupière supérieure jusqu'au vertex. La conjonctive est vivement enflammée, mais on n'observe pas de vésicules sur cette membrane. Dès l'apparition de l'éruption la douleur cesse; l'affection suit son cours ordinaire; les croûtes tombent au 10[e] jour et le léger mouvement fébrile disparaît au bout d'une semaine.

Cette observation de Kinnicutt peut être considérée comme digne de remarque; elle offre un grand intérêt en raison de la cause et du siége de la lésion. (*Archives of dermatology*, janvier 1877, New York.) L. J.

L'IODOFORME, ET SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE, par le D[r] Léopold LAZANSKY, chef de la clinique dermatologique du professeur PICK, à Prague.

Suivant M. le D[r] Lazansky, l'iodoforme a donné des résultats très-satisfaisants dans le traitement des affections syphilitiques, tels du moins qu'il a eu l'occasion de les

observer à la clinique de M. le professeur Pick, à Prague.

Le nombre des malades traités est de 100 et se décompose de la manière suivante :

1° Ulcères spécifiques avec ou sans induration apparente.

2° Bubons ulcérés.

3° Papules exulcérées et humides.

4° Gommes ulcérées.

5° Cachexie syphilitique.

6° Ulcères de la jambe.

Localement on a employé la poudre d'iodoforme ; la formule d'Izard (iodoforme 3 grammes, alcool rectifié 10 grammes, glycérine 30 grammes), ou une solution éthérée : 1 gramme sur 15 grammes.

A l'intérieur, des pilules de 10 centigrammes dont le professeur Pick prescrit de 6 à 8 par jour.

Les résultats de ce traitement ont toujours été des plus satisfaisants dans tous les cas dont l'auteur donne un résumé succinct.

Chez 20 malades atteints de syphilis, sans ulcérations cutanées, chez lesquels un traitement antisyphilitique général était indiqué, on prescrivit dans ce but l'iodoforme à l'intérieur, et en réalité dans les mêmes circonstances ou il y aurait eu lieu de donner l'iodure de potassium. Dans quelques cas il fut donné dès le début et continué pendant tout le temps ; dans d'autres cas on n'eut recours à l'iodoforme qu'après une cure de frictions ou une série d'injections sous-cutanées de sublimé. Dans aucun cas on ne fut obligé de remplacer l'iodoforme par un autre remède antisyphilitique. On pouvait aussi *à priori* penser que l'iodoforme par ses 90 0/0 d'iode (l'iodure de potassium en a seulement 76 0/0) devait être certainement de toutes les préparations d'iode un des remèdes anti-syphilitiques les plus efficaces. Aussi voyons-nous après son

usage interne les grosses nodosités syphilitiques de la peau, les exostoses et tuméfactions osseuses, les exulcérations des fosses nasales, du palais et du voile du palais, du pharynx et du larynx guérir plus rapidement en employant en même temps un traitement local approprié; des névralgies syphilitiques graves, et une fois d'une manière remarquable, chez un vieillard atteint déjà depuis 4 ans d'une syphilis rebelle, qui avait été traitée de différentes manières à plusieurs reprises, disparaître entièrement après un petit nombre de doses.

Le Dr Lazansky n'a jamais vu l'emploi interne de l'iodoforme donner lieu à des troubles dans les fonctions des organes digestifs, de la circulation et du système nerveux. Dans un cas seulement, il survint à plusieurs reprises de la diarrhée qui disparut après la cessation de l'iodoforme. Chez cette même malade, la menstruation se prolongea quelques jours de plus pendant le traitement iodoformique.

L'auteur n'a jamais constaté d'autres phénomènes désagréables comme on en observe souvent à la suite des préparations iodurées. Mais il a vu fréquemment survenir une acné iodique abondante.

M. Lazansky termine son intéressant mémoire par les conclusions suivantes :

1° Dans le plus grand nombre des cas le traitement par l'iodoforme est notablement plus court.

2° Cette méthode de traitement est très-commode et par conséquent d'un emploi facile dans la pratique privée. Ceci est vrai, non-seulement pour la poudre d'iodoforme, mais encore pour les autres préparations telles que la solution éthérée d'iodoforme.

3° Le traitement par l'iodoforme, malgré le prix encore assez élevé de ce médicament (semblable à celui de la

quinine), n'est pas plus cher qu'avec d'autres remèdes, en raison de la petite quantité d'iodoforme que l'on emploie. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis.*)

En mettant de côté la nomenclature un peu confuse des affections vénériennes qu'il a en vue, ainsi que l'adjonction dans certains cas d'une médication locale, il y a assurément à tenir compte des précieuses données thérapeutiques contenues dans ce mémoire. L'iodure de potassium est sans doute un médicament héroïque; mais il réalise trop rarement la cure radicale, et son pouvoir palliatif lui-même est trop souvent neutralisé par l'assuétude pour qu'on ne doive pas se féliciter de pouvoir lui trouver un succédané efficace et inoffensif.

Pathologie de l'herpès zoster considéré au point de vue clinique, par le Dr G. Rohè.

Depuis les travaux de v. Bärensprung on admet généralement que l'herpès zoster est essentiellement une névropathie, en d'autres termes que l'anatomie pathologique de l'affection explique sa pathologie.

L'auteur croit cependant que l'herpès zoster, au lieu de figurer au nombre des névroses, devrait plutôt conserver la place que Hebra et Kaposi lui ont donnée dans les dermatoses aiguës exsudatives.

Les raisons sur lesquelles s'appuie le Dr Rohè sont les suivantes :

1° Le caractère circonscrit de la maladie et sa tendance à une guérison spontanée après une durée qui varie peu.

2° La présence constante de symptômes prodromiques plus ou moins prononcés.

3° Comme les autres affections spécifiques, l'herpès

zoster ne survient en général qu'une fois dans le cours de la vie.

4° L'impossibilité d'abréger la maladie à l'aide de remèdes.

5° Son caractère presque épidémique. Des dermatologistes tels que Hebra, Tilbury Fox, Duhring, Watson, etc., admettent que l'herpès zoster suit une marche aiguë et se termine par la guérison sans qu'il soit nécessaire d'intervenir; Hebra ajoute même que toute tentative de traitement contribuerait plutôt à prolonger la maladie qu'à l'abréger.

Dans quelques circonstances on a noté le caractère épidémique de l'herpès zoster.

Il y aurait, selon l'auteur, dans l'herpès zoster, plus qu'une altération de structure des nerfs et des ganglions spinaux; en réalité, les lésions locales qu'on observe dans les nerfs et sur le tégument ne seraient que le résultat d'une infection antérieure du sang.

Si l'herpès zoster n'était qu'une névrose, ce serait une névrose douée de caractères absolument spéciaux, n'ayant aucun rapport avec ceux des autres névroses qui offrent la plus grande résistance aux remèdes et dont les récidives sont fréquentes; enfin prodromes sont le plus souvent ses peu marqués ou manquent complétement. (*Archives of Dermatology, july* 1877.)

Des injections de bicyanure de mercure contre la syphilis, par Sigmund.

En faisant paraître ce travail dont le ton général manque certainement d'enthousiasme, en faveur de la méthode le professeur Sigmund prend soin de nous avertir qu'il n'entend point contester la curabilité spontanée des diver-

ses formes de syphilides, non plus que l'influence considérable de l'hygiène et du traitement diététique dans leur disparition. Son intention est surtout de diminuer les préventions que nourrissent encore beaucoup de médecins à l'égard du cyanure de mercure, en montrant que loin d'être d'une administration dangereuse, cette substance manque trop fréquemment d'énergie. Que vous dirai-je, sans cesser d'en faire l'éloge, le professeur arrive à mettre ce composé bien au dessous du calomel et du bichlorure!

Au reste rien de surprenant comme *ses effets*. La durée des éruptions simples, des éruptions papuleuses, pustuleuses, tuberculeuses, est notablement abrégée. Les formes plus compliquées des stades secundo-tertiaire et tertiaire sont, il est vrai, moins sûrement terrassées, mais c'en est fait de leur développement ultérieur. Quant aux grosses papules hypertrophiques des organes génitaux, leur disparition est assurée, surtout si on les attaque d'un autre côté par les classiques lotions au chlorure de calcium.

Certaines infiltrations tuberculeuses de la muqueuse buccale, des syphilides à forme psoriasique, des ulcérations serpigineuses plus ou moins diphthéritiques, invétérées se sont montrées plus rebelles. Mais, voyez l'avantage du médicament, cette circonstance a permis de constater que ses effets sur la muqueuse buccale se bornaient à produire un peu de rougeur et de tuméfaction de la gencive supérieure et fort peu de salivation.

Et que l'on ne vienne pas contester *son absorption*, grâce à la méthode de Ludwig, on a pu retrouver le métal dans les urines à partir du 12e milligrame injecté.

Voici maintenant *les doses* auxquelles on pourra faire l'administration de ce spécifique. On se munira d'une solution de 30 centigrammes de sel sur 35 grammes d'eau distillée. Les injections peuvent se faire quotidiennement

à la dose de 70 centigrammes correspondant à 6 milligrammes de cyanure. Chez 24 malades, le nombre des injections nécessaires a varié entre 12 et 29, la durée moyenne de la cure ne dépassant pas 25 jours, et la quantité de sel injecté 10 à 15 centigrammes.

Les injections ont été de préférence pratiquées sur les parois de la poitrine et de l'abdomen, à la distance de 2 ou 3 centimètres des unes des autres. Pas de réaction locale, pas de phlegmon ni d'abcès, mais un léger gonflement disparaissant régulièrement au bout de 8 jours.

L. J.

Recherches sur la présence du mercure dans le lait de la femme, pendant le traitement par les frictions, par le Dr Edouard Klink, chef de clinique à Varsovie.)

Le mercure administré à une nourrice, soit à l'intérieur, soit en frictions, passe-t-il dans le lait? La question n'est pas encore bien résolue. Henry et Chevallier ont retrouvé dans le lait le chlorure de sodium, le bicarbonate et le sulfate de soude, l'iodure de potassium, mais pas le mercure. Posner, Lehmann, W. Kühne, A. Reder, Hartmann et Kahler disent qu'il est impossible, même par l'électrolyse, de constater la présence du métal dans le lait.

D'autres expérimentateurs sont arrivés à des résultats opposés ; Personne, Binz, Lewald et Schauenstein prétendent avoir prouvé que le mercure s'élimine par la sécrétion lactée comme par la sueur, les urines et la salive.

Pour élucider la question, M. Klink a entrepris une série d'expériences sur le lait d'une femme de 27 ans syphiliti-

que ainsi que sur son enfant âgé de neuf mois; chez la mère il y avait des papules cutanées, de larges condylomes sur les grandes lèvres et autour de l'anus; engorgement des ganglions lymphatiques du cou, du coude et de l'aîne; chez l'enfant, pas de trace d'affection cutanée, mais des condylomes ulcérés sur les grandes lèvres et à l'anus et de l'engorgement des ganglions cervicaux et inguinaux. La mère fut soumise aux frictions d'onguent mercuriel (2 grammes par jour); l'enfant prit des bains de sublimé (5 grammes par bains); après le 3e bain, survint une forte diarrhée qui fit suspendre le traitement et dura seize jours: l'enfant maigrit, mais se rétablit dans la suite et quitta l'hôpital, avec sa mère, 36 jours après leur entrée; il n'y avait plus trace de syphilis ni chez la mère, ni chez l'enfant; tout porte donc à croire que le mercure, administré en frictions à la mère, a passé dans le lait et a guéri l'enfant.

Pour le démontrer, M. Klink a eu recours à l'électrolyse. Voici son procédé: le lait était recueilli tous les jours (à partir de la 13e friction) pendant deux semaines, à la dose d'environ 360 grammes; il était acide et répandait une odeur nauséabonde. Chauffé dans une capsule de porcelaine à une température modérée, il fut traité par le chlorure de potassium et l'acide chlorhydrique, pour détruire l'albumine et transformer l'albuminate de mercure en chlorure; le liquide devint jaune clair et il se dégagea d'abondantes vapeurs de chlore; quand le dégagement eut cessé, on chauffa la capsule au bain-marie pour chasser l'excédant d'acide chlorhydrique, puis on filtra et il passa un liquide jaunâtre, clair, transparent, qui fut soumis à l'électrolyse de la manière suivante. La pile était composée de cinq éléments de Bunsen, et fonctionna 6 heures, le pôle positif étant mis en contact avec une plaque de platine plongée dans de l'acide sulfurique dilué, le pôle négatif communiquant avec une lame d'or plongée dans le

liquide à examiner (les deux liquides, acide sulfurique dilué et résidu du lait étant séparés par une cloison en parchemin). La plaque d'or se recouvrit d'un dépôt gris, fut soigneusement lavée à l'eau distillée et desséchée sur de l'acide sulfurique concentré, puis enfermée dans un tube de verre fermé à l'un de ses bouts et capillaire à l'autre extrémité ; ce tube fut chauffé par son extrémité fermée, et bientôt apparut du côté capillaire un nuage grisâtre. On cassa le tube capillaire et on y introduisit un peu d'iode, puis on ferma aux deux bouts, et on chauffa. Au contact de la vapeur iodée, le petit nuage gris de mercure métallique prit la coloration jaune caractéristique de l'iodure de mercure; il y en avait peu, mais il y en avait assez pour prouver la présence du mercure. Il est donc évident que le mercure passe dans le lait.

A. Henke, Évanson et Maunsell, et Sigmund de Vienne dénient catégoriquement toute espèce d'influence au lait de la mère soumise au traitement mercuriel sur la syphilis de l'enfant. Bouchut, au contraire, recommande l'administration du mercure à la mère ou à la nourrice pour agir sur la syphilis de l'enfant. Simon et Hennig se contentent de cette méthode dans les cas légers. C. West est du même avis. C'est aussi l'opinion de M. Klink.

(*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1876, n° 2.) L.

Etudes cliniques sur la Pellagre, par le Dr Guillaume Winternitz, de Vienne.

A la suite d'un travail *ex professo* trop étendu pour qu'il soit possible d'en donner un résumé succinct, M. Winternitz arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas où on a cru avoir affaire à de la

pellagre, il y avait en même temps de nombreuses affections de la peau, de l'abdomen ou du cerveau, du scorbut ou de la tuberculose.

2° Ces maladies ne présentent aucun caractère local particulier.

3° Elles doivent leur origine aux mêmes causes que là où il n'a pas été question de pellagre et produisent les mêmes effets, sans qu'il soit possible d'y reconnaître aucune spécificité.

4° Ces maladies n'ont aucun rapport spécial entre elles et présentent les combinaisons les plus variables.

5° Elles sont fréquentes dans les asiles d'aliénés dont les conditions hygiéniques sont mauvaises.

6° Elles s'y présentent même plus souvent qu'ailleurs, à cause de l'indifférence qu'ont les aliénés pour les soins hygiéniques et de leur goût pour les aliments nuisibles.

7° Les études faites par l'auteur dans l'asile de Venise lui ont démontré que les affections cutanées et abdominales précèdent ou suivent les désordres de l'intelligence, selon les dispositions particulières des malades; mais il n'y a entre elles aucune relation de cause à effet.

8° La plupart des prétendus cas de pellagre sont des cas de maladies engendrées par la misère.

9° La pellagre n'existe donc pas, en tant que maladie spéciale, ayant une pathologie spéciale.

10° Si la raphania maisilica est une entité morbide spéciale, son histoire est encore à faire; elle n'a rien de commun avec la pellagre. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1876, n° 2. L.

INJECTION DU CAPITAINE CONTRE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE.

Le Dr Sylvestre donne, dans *Alger médical*, la recette suivante qui jouit d'une réputation légendaire parmi les

marins. Cette recette serait, paraît-il, d'après cet auteur, fort en vogue aujourd'hui, il n'y a pas d'exemple qu'un marin atteint dans son urèthre soit revenu deux fois à la visite, quand l'injection du capitaine a été ordonnée et exécutée.

Sulfate de zinc.	1 gr. »
Acétate de plomb cristallisé.	0, 5
Alun.	0, 5
Camphre pulvérisé.	0, 1
Gomme arabique.	0, 2
Eau de rose.	125 »

(*Alger médical*, février 1877.)

De la galvano-caustique dans les affections de la peau, par le professeur Neumann.

L'auteur décrit (*Allgem. Wiener Mediz. Zeitung*) un nouvel appareil galvano-caustique construit pour lui par Leiter, de Vienne, qu'il recommande spécialement pour détruire les nodosités de lupus isolées. Les avantages de cet appareil consistent dans la facilité avec laquelle on fixe la partie et pour limiter exactement la profondeur des tissus que l'on veut détruire.

Pour le traitement de l'acné rosacée, le même auteur a obtenu d'excellents résultats de frictions faites sur les parties malades avec une solution de 1 partie d'acide phénique dans 3 ou 4 parties d'alcool. Cette application est faite trois fois par semaine et ne produit aucune cicatrice. Ce traitement n'est pas applicable quand il existe beaucoup d'épaississement et d'œdème de la peau.

(*London medical Record.*)

Traitement mécanique des maladies de la peau, par le prof. H. Auspitz, de Vienne.

Le traitement mécanique des maladies de la peau comprend toutes les méthodes de guérison qui, en opposition à l'intervention chimique ou dynamique, ont exclusivement pour objet l'emploi direct et local des agents mécaniques sur la peau.

Ces actions mécaniques peuvent s'exercer de différentes façons, selon la nature des moyens employés et suivant le mode de leur application.

1° Comme moyen de protection, sous forme de poudre ou d'enveloppe imperméable ;

2° En friction, si les corps sont mousses, qu'il s'agisse d'une surface unie ou rugueuse ;

3° A l'aide du râclage avec des instruments mousses ou à bords demi-tranchants ;

4° Par l'acupuncture et par des scarifications, en enfonçant dans la peau des pointes semblables à des alènes ou à une lancette.

Toutes ces méthodes étaient depuis longtemps usitées en médecine. Ce n'est néanmoins que dans ces derniers temps que Volkmann a appelé l'attention des dermatologistes sur le traitement d'une affection de la peau (le lupus) à l'aide de la troisième et de la quatrième méthode de traitement.

Il paraît maintenant démontré qu'il y a lieu d'accorder un peu plus d'attention à l'effet thérapeutique que l'on se propose d'obtenir par ces tentatives de guérison; on peut grâce à elles atteindre trois buts différents.

En premier lieu, le rétablissement d'une couche pro-

tectrice contre l'air atmosphérique, couche qui, en même temps, comme but secondaire, absorbe les produits morbides de sécrétion, ou détermine une macération de la peau par l'accumulation des produits sécrétés, conditions qui sont réalisées à l'aide des moyens de protection.

En second lieu, l'action irritative en elle-même. A cette indication correspondent la friction ainsi que le râclage à l'aide d'une cuiller, quand on les emploie sur une surface intacte, et l'acupuncture. Il s'agira dans ce cas, en règle générale, de provoquer la résolution des processus d'infiltration ou d'inflammation, et de faire résorber leurs produits, en partie par une modification exercée sur les nerfs périphériques ou sur les ramifications vasculaires périphériques, en partie d'une manière plus directe par la solution de continuité (acupuncture), et, secondairement, par la soustraction locale de sang.

Troisièmement, l'enlèvement des tissus malades à l'aide de frictions au moyen d'instruments mousses, mais plus spécialement la méthode de râclage employée dans ce sens par Volkmann et les auteurs qui l'ont suivi.

Après avoir étudié ces méthodes dans leur ensemble, nous chercherons ensuite à établir pour chacune d'elles les indications qu'elles peuvent présenter, et c'est seulement en nous occupant des différentes maladies de peau qui peuvent être soumises au traitement mécanique, que nous parlerons des méthodes qui leur sont applicables.

1° *Moyens de protection.* Pour préserver contre l'air atmosphérique les parties malades de la peau, on a depuis longtemps recours à un certain nombre de substances pulvérisées. Ordinairement on cherche en même temps à absorber les produits morbides liquides, par exemple le sérum, dans l'eczéma et le pemphigus; le pus, dans les éruptions pustuleuses. Dans quelques cas il s'agit, en

outre, d'une action chimique ou dynamique de ces substances pulvérulentes sur la peau, effet sur lequel nous ne pouvons jeter qu'un coup d'œil en passant.

Les poudres employées de cette manière proviennent d'un des trois règnes de la nature, ou bien elles sont des produits de l'art. Les plus usitées de ces poudres, que l'on peut combiner à volonté les unes avec les autres, sont : la farine de seigle et de riz ; la poudre de lycopode, d'iris ; le talc de Venise ; la craie ; la poudre d'alun ; le carbonate de magnésie ; la poudre de plâtre ; l'oxyde de zinc ; le carbonate de zinc ; la calamine ; le magistère de bismuth ; la céruse ; le tannin ; le coaltar, etc. On y joint le plus souvent, comme poudres colorantes, le carmin, l'ocre jaune, le safran.

Au nombre des moyens de protection mécanique on trouve, en seconde ligne, les tissus imperméables, dont l'usage a été proposé, en 1868, par Colson, de Beauvais, recommandé ensuite par Hardy, et en 1869, par Hebra.

On se sert principalement aujourd'hui de toile en caoutchouc vulcanisé, qu'on prépare en enduisant une étoffe de coton avec une solution de caoutchouc, en la traitant ensuite avec le soufre (vulcanisation) ; elle est ainsi transformée en une étoffe imperméable aux liquides, unie, brillante d'un côté et qui sert à former des bandes, des gants, des bas, des chemises, des blouses, des bonnets, etc.

Besnier n'emploie le caoutchouc non vulcanisé que chez les enfants délicats et comme pansement pour la tête.

On regarde l'action de ces enveloppes imperméables comme analogue à celle d'un bain continu. Le soufre mélangé au caoutchouc a-t-il ici une influence quelconque ? C'est là un point encore contesté. On a expérimenté ces enveloppes en les faisant porter d'une manière

continue ou avec des interruptions (par exemple seulement pendant la nuit) dans les affections de la peau les plus différentes, et surtout dans les cas où la peau doit être ramollie. Enfin les auteurs se sont la plupart prononcés pour l'emploi du caoutchouc dans les affections suivantes : eczéma des mains, des doigts, des plis des articulations, du scrotum, des pieds, notamment quand il existe des rhagades et concurremment avec les remèdes employés contre l'eczéma (Hebra), dans les éruptions humides du cuir chevelu et les anomalies de sécrétion (Colson), dans les varioles et les brûlures (Hebra). Les auteurs sont d'accord sur l'utilité de ce traitement dans le prurit cutané et dans les affections sèches s'accompagnant d'une production excessive d'épiderme, par conséquent dans le pityriasis, la xérodermie, l'ichthyose, la kératose; dans le psoriasis, Besnier a vu des dermatites graves résulter de l'enveloppement, tandis que Pick a, dans certaines formes de cette affection, obtenu un résultat satisfaisant sans autre médication.

Je n'emploie jamais le pansement caoutchouqué seul, mais toujours avec l'aide d'un autre traitement; en premier lieu contre le violent prurit quelle que soit son origine, ensuite contre la sécheresse de la peau. Dans le psoriasis, je n'ai pas obtenu de résultat que je n'eusse atteint plus vite par une autre forme de traitement local ; dans les eczémas, si toute humidité n'a pas complètement cessé, je n'emploie plus le caoutchouc, et dans l'eczéma squameux je ne m'en sers qu'en ayant en même temps recours au goudron, etc.

2° *Friction de la peau avec des agents mousses à surface unie ou rugueuse.* Par ce moyen on peut arriver à un résultat purement mécanique, c'est-à-dire à l'enlèvement des saillies de la peau, qu'il s'agisse de véritables efflorescences, comme de petites nodosités, de petites pustules, etc., ou de dépôts secondaires comme la crasse, les

croûtes, des coagula, des masses de champignons. Mais on peut également, comme je l'ai déjà indiqué ci-dessus, s'en servir afin d'exercer une influence physiologique sur le système nerveux et vasculaire de la peau, de la même manière qu'on se le propose, comme but secondaire, en employant des ablutions et d'autres moyens de propreté sur la peau saine.

Comme agents de friction, nous indiquerons :

a) L'eau ;

b) Divers tissus, comme la toile, la laine, la flanelle, le drap ;

c) Certains produits naturels ou chimiques à surface rugueuse, en gros fragments, comme la pierre ponce, ou sous forme de poudre, triturée, broyée comme de la pierre ponce pulvérisée, du sable, du son, etc.,

d) Le savon, en tant que l'on fait abstraction de son action chimique sur la peau ;

a) En ce qui a rapport à l'eau, je n'ai point ici à parler de son action, soit chimique, soit thermale sur la peau. On l'emploie en friction pour aider à faire disparaître les matières étrangères qui se trouvent sur la peau, soit seule, soit concurremment avec d'autres substances, par exemple le savon. J'ai seulement à dire ici que le lavage trop fréquent, trop répété de la peau avec de l'eau contenant plus ou moins de sels (crue ou douce), provoque une vive irritation suivie très-facilement du catarrhe de la peau (les diverses variétés de l'eczéma).

b) La friction de la peau avec différentes étoffes produit, par son emploi plus prolongé et plus intense, un état hyperémique. Si l'on veut par conséquent provoquer un érythème sur un point quelconque de la surface tégumen-

taire, par exemple si l'on veut produire une dérivation (en réalité très-problématique) du sang d'autres parties, il est préférable de faire des frictions sèches, pour lesquelles naturellement on doit donner la préférence à des étoffes rugueuses, par exemple à la flanelle. L'hydrothérapie fait, comme on le sait, dans le même but un usage très-grand des frictions humides. Dans les affections locales de la peau on est plus rarement dans le cas de pratiquer des frictions avec des linges secs.

c) Le plus souvent on met en œuvre dans ce but certains autres produits naturels, surtout ceux ayant une surface rugueuse.

Au nombre de ceux-ci il faut citer au premier rang la pierre ponce naturelle (*lapis pumex*, *pumice stone*), une transformation bulleuse sous forme d'écume de roche, vitreuse et volcanique. Cette pierre est remplie de vacuoles, qui sont soit de forme arrondie et irrégulièrement distribuées, soit allongées et placées parallèlement les unes à côté des autres.

Selon ces différences elle est ou plus spongieuse ou fibreuse. La pierre ponce contient près de 50 à 75 0/0 de silicates, 5 à 15 0/0 d'alcalis, et un peu de chlorure de sodium et d'eau. La pierre ponce qui est employée dans l'industrie pour polir et aplanir les objets les plus divers, pour râcler le parchemin et le papier (les palimpsestes furent au moyen âge rétablis au moyen de la pierre ponce), peut aussi être employée pour nettoyer et aplanir la peau et encore pour enlever certaines efflorescences. L'usage thérapeutique de la pierre ponce s'effectue, soit avec des fragments entiers dont une des faces est polie par le frottement sur une autre pierre ponce, soit en friction à l'état de poudre, à l'aide d'un morceau de drap, mais dans tous

les cas on la mouille avant de s'en servir ou enfin elle est employée comme auxiliaire des savons.

On peut également employer de la même manière et dans le même but le sable obtenu par d'autres procédés.

Le sable provenant de la désagrégation des minéraux contient de la silice, de l'argile pure, de l'oxyde de fer, du carbonate de potasse en différentes proportions. On connait particulièrement le sable volcanique ou de lave, le sable désagrégé par le temps et le sable d'alluvion; ce dernier, dans lequel se transforment aussi les deux premières variétés, quand elles ont subi l'action d'un cours d'eau, se distingue par de petits corpuscules arrondis, par sa stabilité et par le faible mélange de particules de terre. Il réunit les conditions nécessaires pour son emploi sur la peau, surtout dans ses deux variétés principales, celle qui est colorée, riche en quartz, et celle gris blanc et riche en matières calcaires et en argile.

La première variété dont la forme la plus pure représente le sable fin pour saupoudrer, doit être préféré si l'on veut obtenir une action plus énergique. Il faut choisir celui qui consiste en corpuscules arrondis et peu pointus (petites écailles de mica). La variété riche en chaux et en argile agit d'une manière moins énergique, parce qu'elle s'agglutine facilement au moyen de l'eau et forme une espèce de bouillie. On fera bien d'avoir une provision des deux espèces de sable pour s'en servir selon la nature de la peau et celle du mal, si on veut avoir recours d'une manière méthodique à la thérapeutique par le sable.

Tout à fait dans ces derniers temps, les frictions avec le sable ont été en effet recommandées, d'une manière très-pressante, par Ellinger de Stuttgart, contre les différentes affections de la peau, il en sera encore question plus tard. Je veux seulement dire ici que le sable ne possède point un pouvoir spécifique quelconque sur la peau et que

son intervention se traduit en général par une action un peu grossière, irritant même la peau saine. Dans quelques formes morbides où la peau présente une sensibilité légère ou un état coriace, par suite d'un grattage fréquent et souvent répété, par exemple dans le prurigo, ainsi que dans les maladies de la peau avec desquamation abondante, épaississement de la couche cornée (ichthyose, psoriasis), j'ai pu employer avec succès le traitement par le sable comme préparation à d'autres remèdes et au début des applications médicamenteuses.

Dans l'antiquité on employait déjà pour nettoyer la peau des substances pulvérisées, notamment de la farine de pois lupins, appelée tomentum. On se sert aujourd'hui de la même manière du son et surtout du son d'amande. Ce dernier consiste dans les cosses broyées des amandes avec une quantité plus ou moins grande des couches cellulaires les plus externes des amandes. Selon que la poudre d'amandes est réduite en une poudre plus ou moins fine, elle est d'une couleur plus claire ou d'une coloration jaunâtre plus foncée. On se sert du son d'amande avec de l'eau ou avec divers infusés, surtout pour nettoyer les mains, mais principalement en raison de l'huile éthérée qu'il contient.

d) Relativement aux savons et à leur action chimique sur la peau, je me bornerai à l'indiquer ici, en quelques mots.

Si les sels neutres des acides gras qui forment les savons, c'est-à-dire les savons de potasse et de soude sont délayés avec beaucoup d'eau, ils se dédoublent en sels acides et basiques. L'alcali en excès deviendra libre pour faire de nouvelles combinaisons toutes les fois qu'on ajoutera de l'eau.

L'alcali libre possède la propriété de dissoudre plu-

sieurs substances et de former de nouvelles combinaisons avec une partie de celles-ci, notamment celles qui sont de nature acide. D'autres particules de crasse peuvent être entraînées par le sel avec excès d'acide. Mais le savon possède, outre l'action due à son alcali libre et à l'alcali du sel gras, une action plus mécanique que chimique. Tandis que le plus souvent il ne résulte du lavage avec de l'eau pure qu'un simple déplacement de la saleté, le savon qui est mis en contact par des frictions avec la peau ou avec les matières produites par les travaux professionnels, pénètre la saleté accumulée dans les pores et dans les orifices des glandes (saleté qui, dans le lavage du linge, est exprimée par la torsion avec le liquide savonneux), suspend cette combinaison des sels alcalins et de la saleté dans l'émulsion du savon et empêche ainsi la crasse de n'être que déplacée sur une autre partie de la peau ou du tissu.

Pour nettoyer la peau, il faut donner la préférence à l'eau dite douce, puisque l'eau crue contient des sels de chaux et de magnésie qui précipitent les sels d'acides gras et neutralisent ainsi une partie du savon par la formation d'un savon de chaux ou de magnésie, sous forme d'une eau trouble, par conséquent la mettent hors d'état de servir.

La peau se trouvera donc ainsi débarrassée soit mécaniquement soit chimiquement de toutes les matières qui peu à peu, tant de l'extérieur que par l'élimination du sang par la peau, s'accumulent sur sa surface externe et qui y restent déposées (sueur et matière sébacée). Ces soins détruisent ainsi un obstacle à l'activité de la peau comme membrane de respiration et de diffusion, ainsi que comme organe de sécrétion, enfin satisfont l'instinct de propreté qui est inné chez tous les peuples civilisés.

Mais l'expérience apprend qu'un lavage très-fréquent, même avec un bon savon, enlève à la peau sa douceur et

sa souplesse et peut avoir pour conséquence certaines affections que l'on observe assez souvent chez les blanchisseuses, les médecins, etc.

D'après ce qui a été dit, on ne doit pas attribuer une importance exagérée pour la conservation de la santé à l'emploi du savon. Car nous n'ignorons pas que, actuellement encore, la plus grande partie des hommes ne fait jamais usage de savon, et personne n'a encore émis l'opinion que des hommes d'une civilisation avancée, que, par exemple, la bonne société des États civilisés de l'Europe soit mieux portante et plus robuste que le sauvage rowdy de l'Amérique du Nord ou l'insulaire malpropre de la mer du Sud.

Mais il est tout aussi peu judicieux d'attribuer un excès de valeur curative au savon, c'est-à-dire à cette combinaison d'acides gras neutres que l'on désigne comme bon savon de toilette.

Pour obtenir ce résultat curatif par le savon, il faut qu'on y ajoute encore certaines autres propriétés qu'il ne possède pas directement lui-même. Sous le rapport chimique on obtient ce résultat par une proportion plus forte de graisse ou par un radical gras (glycérine) — savons de glycérine (1); — ou par une plus grande quantité d'alcalis libres : à cet ordre appartient le savon mou; ou encore par l'addition de substances étrangères à sa fabrication, comme, par exemple, de l'alcool (2), de

(1) Nous considérons comme peu avantageux ces produits extrêmement recherchés depuis plusieurs années, parce que une addition plus forte de glycérine, comme cela est nécessaire pour la fabrication de ces savons, altère les propriétés chimiques du savon pur et diminue l'échange des combinaisons qui se révèle par la mousse. Sur les points excoriés la glycérine occasionne, en outre, une violente brûlure.

(2) Je n'emploie pas volontiers l'alcool de savon (savon de potasse

l'iode et des alcalis iodés, du sulfure d'iode, du sulfure de potassium, du goudron, du camphre, de la térébenthine, du graphite, du sel de tartre, de la créosote, de la résine de benjoin, de l'huile de romarin, du baume du Pérou, du borax, du fiel, du jaune d'œuf et autres substances.

Pour augmenter l'action mécanique du savon comme moyen de nettoiement on a recours à ce qu'on appelle les savons de sable (Sandseifen), notamment au savon de pierre ponce, que l'on prépare en mélangeant, pendant sa fabrication à froid, une plus ou moins grande quantité de pierre ponce pulvérisée.

3° *La méthode de râclage à l'aide de la cuiller tranchante*, déjà employée par Sedillot, ensuite par Bruns dans les affections des os, et qui, suivant les plus récentes communications de Bardenheuer, est appliquée depuis

2 parties, alcool de vin gallique 1 partie, alcoolat de lavande q. s. d'après la formule d'Hebra), parce que j'ai fait l'expérience que l'alcool desséchant la peau et, par conséquent, altérant la nutrition agit, de plus, en excitant fortement les parties malades. Le savon dit ordinaire fabriqué à Vienne rend les meilleurs services; c'est, il est vrai, un excellent savon, c'est-à-dire un savon de soude et, comme tel, plus faible (pour 100 parties de graisse, il y a 52 parties de lessive de soude concentrée, d'une pesanteur spécifique de 1,355 ou 38° Beaumé); dans les cas où l'on demande une action plus forte, le savon mou est préférable, mais seulement il faut qu'il soit préparé avec soin, pur, clair et coloré d'une manière uniforme et, qu'appliqué sur la langue, il ne donne pas lieu à une sensation de brulure. Pourtant la préparation est souvent incertaine. Enfin on peut se servir de ce qu'on appelle la crème de potasse, c'est un savon liquide que l'on prépare en saponifiant à une douce chaleur 2 parties d'huile de noix de coco avec 4 parties de lessive de potasse, d'une pesanteur spécifique de 1,33, on les fait dissoudre dans 24 parties d'eau jusqu'à ce qu'il se forme une espèco de colle savonneuse claire, qu'on aromatise avec de l'huile de lavande. En modifiant ces proportions on peut encore obtenir trois espèces plus fortes qu'on trouve dans le commerce.

20 ans contre différentes affections à l'hôpital des bourgeois de Cologne, dans le service de chirurgie de Fischer, principalement contre le lupus, la carie, la nécrose, contre les épithéliomas, pour déterger les ulcères, cette méthode, dis-je, a trouvé faveur partout depuis quelques années, sur la recommandation de Volkmann (2), contre les maladies de la peau, notamment le lupus.

Les instruments dont on se sert pour cette opération sont des cuillers métalliques de différentes grandeurs avec des bords plus ou moins tranchants. Leurs deux bords sont semblables, ou, comme je le préfère, construits de telle sorte qu'un des bords paraît émoussé, ce qui permet un nettoyage plus facile.

J'aurai plus tard l'occasion de parler d'un instrument dont je me sers et qui est formé par la combinaison de la cuiller tranchante avec une pointe conique ou pyramidale.

L'emploi du râclage dans les maladies de la peau a lieu jusqu'à présent principalement en vue des deux indications suivantes :

1° Pour enlever de la surface de la peau des produits de sécrétion qui s'y sont déposés ;

2° Pour râcler des néoplasmes qui se sont formés dans le tégument (évidement).

Cette opération a pour but, comme il est facile de le comprendre, de faire une section dans le sens horizontal, ou d'enlever des lamelles horizontales.

Si l'épiderme est sain, le râclage devient presque impossible, par suite de la résistance qu'il oppose à la cuiller tranchante. Mais il n'en est plus ainsi dès que la structure de la couche épidermique est altérée par un changement quelconque dans sa nutrition, et que la substance intercellulaire est devenue moins adhérente, on peut alors détacher les couches épidermiques à l'aide de l'instrument.

Si on a déjà enlevé l'épiderme de cette manière ou s'il s'est transformé, dès le début, en un produit morbide secondaire, squame ou croûte, ou si enfin il est déjà détruit et que les couches du réseau de Malpighi ou même du corps papillaire soient mises à nu, il est alors possible de séparer les couches isolées au moyen de la cuiller tranchante sans grandes difficultés.

En général, on peut dire que le râclage à l'aide de la cuiller tranchante réussit d'autant plus facilement que le tissu à mesure qu'il s'écarte de l'état normal est plus riche en éléments cellulaires. La condition principale de succès de la méthode de râclage dépend de la différence de résistance du tissu malade d'avec le tissu normal, différence qui permet de reconnaître aussitôt la limite entre le tissu sain et le tissu malade, et donne le moyen d'enlever par conséquent toutes les parties atteintes tout en laissant intactes les portions saines.

J'ai déjà plusieurs fois fait remarquer que le râclage des tissus malades produit une sorte de grincement particulier, que l'on n'entend pas dans le tissu sain. Mais ce grincement sépare le tissu malade du tissu sain, et tient à ce que les petites particules désagrégées du tissu malade forment comme une espèce de limon, d'où il résulte que la surface unie de la cuiller est en contact avec une autre surface également unie.

On comprend que la cuiller tranchante ne peut enlever que des parties de tissus qui, par leur étendue un peu plus grande en surface, lui laissent un espace suffisant pour se mouvoir. Mais s'il s'agit d'infiltrations punctiformes, etc., il faut remplacer l'instrument par un autre, dont il sera question plus tard à propos du lupus.

Jusqu'à présent je me suis borné à parler du râclage pour faire disparaître des produits morbides déposés sur la surface cutanée ou formés dans l'intérieur des tégu-

ments. Mais il y a dans le râclage, ainsi que dans toutes les méthodes de traitement mécanique des maladies de la peau, une autre action curative tenant de l'effet physiologique ; c'est l'action excitante du râclage. Il se peut que l'on réussisse à atteindre des résultats notables par le râclage méthodique d'une surface cutanée malade, mais qui n'offre pas de solution de continuité, c'est là un point qui doit être examiné avec plus d'attention.

4° *L'acupuncture ou scarification punctiforme multiple* est une sorte de traitement que, d'après la tradition, les disciples d'Hippocrate employaient déjà, puisqu'ils faisaient des incisions avec les extrémités tranchantes et pointues de « l'ataktylis. » Sous les noms d'acupuncture et d'électropuncture cette méthode s'est conservée en médecine et on y a encore recours dans le but de favoriser la résorption.

Le mécanicien Baunscheidt, de Bonn, un « *médecin de la nature* » ignorant, a, il y a 50 ans, appliqué, comme une panacée contre toutes les maladies, le principe de l'acupuncture, à l'aide de son *réveilleur de vie*, composé d'un faisceau de plusieurs aiguilles d'acupuncture qui sont projetées en avant et enfoncées dans la peau par un ressort en spirale. Il joignait en outre à la ponction une friction avec une huile légèrement excitante dans le but de déterminer une éruption vésiculeuse. Le baunscheidtisme a eu un énorme succès, le livre rempli d'absurdités et de charlatanisme de l'inventeur a eu douze éditions, et a été traduit presque dans toutes les langues. J'ai eu l'occasion de traiter une famille laponne, qui fut montrée, pendant l'exposition universelle de 1873, à Vienne, et qui fut amenée dans mon hôpital de varioleux comme étant atteinte de variole. L'éruption se présentait sous forme de pustules produites par l'appareil de Baunscheidt et j'appris en même temps que, en Laponie, le baunscheidtisme est généralement répandu et qu'on l'em-

ploie contre toutes les maladies. La famille fut naturellement renvoyée aussitôt le diagnostic posé, mais ce court séjour dans l'hôpital avait suffi pour que la mère de cette famille contractât la variole. Après l'apparition de l'exanthème on la rapporta à l'hôpital où elle mourut de la petite vérole.

Dubini, en 1865, a employé le traitement mécanique du lupus avec le *réveilleur de vie*, toutefois sans application d'huile de cantharides.

Enfin Volkmann, dans le mémoire cité ci-dessus, recommande cette médication comme le meilleur traitement du lupus, dans les cas où il existe une infiltration non ulcérée mais diffuse, ou si la peau présente une tuméfaction anormale ou une vascularisation. Depuis lors cette méthode, si les espérances exagérées de Volkmann ne se sont pas réalisées, a été employée avec une prédilection marquée, souvent combinée avec un caustique, de manière que, en réalité, la méthode de Baunscheidt est revenue de nouveau en vogue, il est vrai dans un but tout différent de celui que se proposait l'inventeur de cette panacée.

On pratique l'opération, d'après Volkmann, soit avec un bistouri pointu à lame très-étroite en faisant des centaines et même des milliers de piqûres rapprochées les unes des autres, de deux millimètres de profondeur et même plus profondes dans les parties de peau malades, ou bien on emploie une lancette étroite comme une lancette à vaccination, sans cannelure, ou une aiguille à cataracte, ou enfin l'on se sert de l'instrument d'Ernest Veiel qui contient un faisceau de six petites lancettes qui sont enfoncées en même temps.

Je me suis servi quelquefois, dans ces derniers temps, de la flammette dans les cas où il s'agissait de plus grandes surfaces.

La perte de sang varie suivant les maladies : elle est en

général considérable, mais elle diminue toujours après plusieurs acupunctures. Il ne reste pas de cicatrices.

Cette forme du traitement mécanique agit, comme l'indique déjà Volkmann, d'une double façon, par la destruction des vaisseaux nouvellement formés ou dilatés, par l'excitation traumatique directe du tissu dégénéré. En outre, on seconde souvent encore l'action de l'acupuncture par une cautérisation supplémentaire, par exemple, avec du sesquichlorure de fer, une solution d'acide phénique, de chlorure de zinc, de potasse caustique, de nitrate d'argent, de la glycérine iodée, de la pâte arsenicale, etc.

II.

Nous nous occuperons actuellement du traitement mécanique de quelques affections de la peau, en commençant par l'irritation simple et les différentes formes d'inflammation du tégument, qui constituent le catarrhe de la peau et que l'on désigne sous le nom d'eczéma. Pour tout ce qui concerne le traitement des eczémas et la thérapie locale des affections de la peau, Hebra a depuis longtemps posé les règles qui doivent nous servir de guide, et l'on doit aussi considérer le traitement mécanique de l'eczéma, ainsi que celui des autres dermatoses, comme découlant de ces mêmes principes classiques.

Tant que prédominent les symptômes de la fluxion artérielle, c'est-à-dire pendant la période érythémateuse de l'eczéma et au début de la période de transsudation, on ne peut faire intervenir ce genre de traitement que comme moyen de protection mécanique de la peau malade, et afin de la débarrasser des produits inflammatoires qui l'irritent par la formation de croûtes inégales.

On atteindra ce but à l'aide des poudres dont il a déjà

été question. On les emploiera donc comme un exeellent topique proteeteur et, dans les eezémas aigus, on les renouvellera fréquemment avant que l'exsudation ne se produise à la surfaee, dans les formes érythémateuse, papuleuse, vésiculcuse, pustuleuse (eczema rubrum, Willan; liehen agrius, Willan; eezéma impétigineux et porrigo, Willan). A la période de l'eczéma rouge, humide (eezema rubrum, Hebra), période dans laquelle l'exsudation à la surface libre de la peau est habituellement abondante, ees mêmes poudres deviendront tres-utiles eomme moyens d'absorption et de dessiceation; notamment si les malades, comme on l'observe souvent, par exemple dans les eezémas généralisés, ne peuvent supporter aucun corps gras : il est alors impossible de se passer de ees poudres.

MORT DE CLAUDE BERNARD.

La France vient de perdre une de ses plus grandes illustrations, une de ses gloires les plus pures et les plus ineontestées. C'est aux progrès qu'il a imprimés aux seienees biologiques que la médeeine doit d'être entrée dans la voie si féconde de l'expérimentation.

Nous ne pouvons retracer ici la vie de cet homme éminent, ni énumérer ses prineipaux travaux, mais nous tenions à nous associer au deuil universel que eause la mort du plus grand physiologiste des temps modernes.

Le Gérant : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1392,2-8.)

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

NOTE SUR UN CAS DE SYPHILIS PULMONAIRE, SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR LA SYPHILIS DES VISCÈRES ET LES ERREURS DONT ELLE EST L'OBJET, par le Dr LANCEREAUX, agrégé de la Faculté, membre de l'Académie de médecine (1).

Il y a 30 ou 40 ans, personne ne croyait à la syphilis viscérale ; étudiée timidement tout d'abord, avec plus d'assurance ensuite, elle s'est imposée peu à peu au point que, si l'on s'en rapportait aujourd'hui à quelques médecins, elle compterait parmi les états morbides les plus fréquents. Pour un certain nombre de spécialistes, la plupart des accidents pathologiques qui surviennent chez une personne atteinte de syphilis sont manifestement syphilitiques :

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 23 octobre 1877.

le sophisme « *post hoc, ergo propter hoc* » semble être leur devise, la base de leur jugement. Ces syphiligraphes ne paraissent pas s'apercevoir que cette base est sans solidité, que cette devise n'est rien moins que scientifique; ainsi, manquant du criterium nécessaire à toute connaissance durable, ils attribuent à la syphilis un grand nombre de désordres qui ne lui appartiennent aucunement.

Qu'il soit permis à l'un de ceux qui ont les premiers étudié la syphilis viscérale de montrer, preuves en main (1), que la connaissance des lésions tertiaires des viscères ne doit pas reposer sur de simples coïncidences, mais sur des caractères propres, fondamentaux pour ainsi dire, au point que ces lésions peuvent être considérées comme la signature indélébile de la maladie qui les engendre. C'est qu'en effet, armé de ce criterium, le médecin ne marche plus à l'aventure dans le dédale des affections syphilitiques, il a trouvé son fil conducteur, et alors seulement il suit une voie dans laquelle il ne risque plus de s'égarer.

Telle est du moins notre conviction, après de longues et patientes recherches qui n'ont pas porté uniquement sur les manifestations de la syphilis, mais aussi sur celles de la plupart des grands processus pathologiques, persuadé que nous sommes de l'impossibilité d'arriver à une détermination précise des caractères généraux et à la connaissance exacte d'une maladie, si l'on n'étudie simultanément celles qui s'en rapprochent le plus.

Faisons tout d'abord l'histoire d'un simple fait: puis, par la comparaison de ce fait avec d'autres, essayons de prouver que la syphilis, même lorsqu'elle se cache dans les profondeurs de l'organisme, peut être dévoilée aussi sûrement par l'analyse clinique, qu'un corps faisant partie d'un mélange peut être isolé par l'analyse chimique.

(1) L'auteur fait voir un grand nombre de dessins représentant des lésions de la syphilis tertiaire.

OBSERVATION. — SYPHILIS TERTIAIRE DES TESTICULES, DU CERVEAU ET DES POUMONS.

Le nommé Fr. H..., âgé de 58 ans, exerce depuis 22 ans la profession d'infirmier au service de l'Assistance publique : pendant cet espace de temps, il a, d'après ce qu'il raconte, toujours joui d'une bonne santé, il nie d'ailleurs avoir jamais contracté de maladie vénérienne. Mais, comme d'autre part il atteste, contrairement au dire des religieuses qui le connaissent, et malgré des manifestations indéniables d'alcoolisme chronique, qu'il n'a jamais fait d'excès de boissons, nous sommes en droit de ne tenir aucun compte des renseignements qu'il donne. A part quelques douleurs de tête, il se portait bien, lorsque dans le courant de novembre 1876 il fut pris d'étourdissements, de vertiges, de vomissements, et enfin d'un hoquet presque incoercible. A ces accidents, qu'accompagnait une violente céphalalgie, s'ajouta bientôt un léger degré de paralysie musculaire dans le côté droit du corps. C'est alors que ce malade fut admis dans le service de notre collègue, le Dr Peter, et soumis à un traitement dont l'iodure de potassium formait la base, en même temps qu'un séton lui était appliqué à la nuque. Sous l'influence de ces moyens thérapeutiques, la céphalée commença par disparaître, et un peu plus tard les vomissements et le hoquet diminuèrent de fréquence ou cessèrent ; il persista seulement un peu de faiblesse du bras et de la jambe droite et une légère déviation de la bouche.

Ayant pris le service vacant laissé par mon collègue, en décembre 1876, je trouvai notre malade dans les conditions que je viens d'indiquer ; je continuai de lui administrer l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes pendant un mois, puis, comme l'état restait stationnaire, je cessai l'emploi de ce médicament. Pendant les mois de février et de mars, le malade se lève chaque jour ; il marche sans faucher

et sans traîner la jambe droite, malgré une légère faiblesse musculaire de ce membre; puis, de temps à autre, il est pris d'accès de vomissements et de hoquets qui persistent pendant quelques jours. Vers la fin de mars, il se plaint de voir moins distinctement les objets de l'œil droit, il tousse quelque peu, expectore un liquide muco-purulent en faible quantité, éprouve de l'essoufflement après la marche et surtout après avoir monté un escalier; le murmure vésiculaire est faible aux bases. Cependant le malade conserve son embonpoint et sa nutrition générale n'est pas altérée; il se trouve même tellement bien qu'il me demande en sa qualité d'ancien serviteur de l'administration hospitalière, un certificat d'admission dans un hospice.

Le 5 avril, la vue déjà altérée à droite commence à s'affaiblir à gauche, et quelques jours plus tard l'œil droit paraît complétement perdu. Le malade a de la peine à marcher tant à cause du désordre de la vue que de la faiblesse des membres, il prétend que ses jambes refusent de le porter. Le hoquet étant de nouveau survenu, le traitement ioduré est repris. Néanmoins, le 17 avril au matin, il survient un délire calme qui est bientôt accompagné de la perte des facultés intellectuelles et qui est suivi d'un état subcomateux. La pupille droite est dilatée et plus large que la gauche, la sensibilité ne paraît pas modifiée, tout mouvement est à peu près impossible; légère amélioration le 19, délire plus violent le 20; la mort survient le 21.

Autopsie. — Absence d'œdème et de traces de cicatrices sur la peau. Le crâne est épaissi, sclérosé; la dure-mère est intacte, mais les méninges molles, normales à la base, sont opalines, légèrement épaissies à la convexité des hémisphères cérébraux, les corpuscules de Pacchioni sont nombreux et hypertrophiés. Placé sur sa base, le cerveau se divise en deux moitiés par l'écartement des hémisphères et laisse voir, entre les ventricules latéraux, une masse jaune, membraniforme, d'une étendue de 3 à 5 centimètres, qui occupe la place de la cloison transparente dont il ne reste plus trace. Dans sa moitié antérieure, le chiasma des nerfs

optiques est tuméfié; le tissu qui le compose est injecté, ramolli, enflammé aussi bien que celui du tronc de ces nerfs à leur origine; les papilles optiques sont œdématiées et injectées. Le reste de l'encéphale est sain.

Libres dans leur moitié supérieure, les poumons sont dans leur tiers inférieur et à leur base intimement adhérents tant à la paroi thoracique qu'au diaphragme. Leur extraction n'est pas sans difficulté, leur base est labourée de sillons profonds semblables aux cicatrices syphilitiques du foie et, comme ces dernières, en partie comblés par un tissu fibreux de nouvelle formation ; entre ces sillons, le parenchyme est, sur quelques points, induré ; sur d'autres, il est emphysémateux. La plèvre viscérale est du reste épaissie au niveau de sa moitié inférieure, et cet épaississement contribue au retrait des poumons. Ces deux organes sont symétriquement altérés; ils présentent à la coupe des lésions semblables un peu plus avancées dans un côté que dans l'autre.

Le poumon gauche, qui est le siége de l'altération la moins avancée, offre à sa base un léger renflement qui, dépouillé de fausses membranes épaisses, laisse voir des saillies nodulaires, jaunâtres, arrondies, du volume d'une noisette ou d'une cerise, et donne, dans une étendue de près de 1 décimètre, une sensation assez en rapport avec celle que fournirait la pression sur un sac de noix. Ces nodosités sont au nombre de 12 ou 15, disséminées sous la plèvre et dans la profondeur du poumon; elles se tranchent sous le scalpel et se font remarquer par leur saillie au-dessus du parenchyme pulmonaire et par une surface de section qui, au lieu d'être unie, offre des dépressions multiples (fig. 1). Ce sont des masses jaunes, sèches, arrondies, semi-circulaires ou en forme de croissant, fermes, circonscrites par un tissu fibroïde grisâtre et plus ou moins pigmenté. Au voisinage de ces tumeurs, le parenchyme du poumon présente des tractus fibreux, blanchâtres ou noirâtres qui pour la plupart irradient d'un centre commun. Quelques petites bronches sont dilatées, le tissu pulmo-

naire d'une grande partie du lobe inférieur de ce poumon est ferme et résistant.

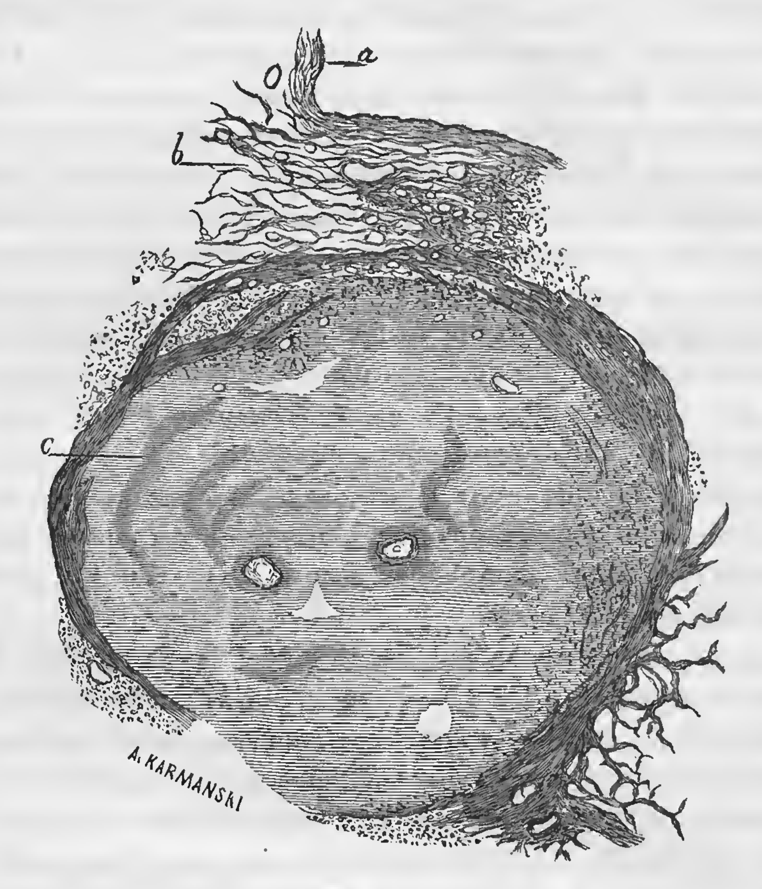


Fig. 1. — Nodosité gommeuse du poumon : *a*, feuillet viscéral de la plèvre ; *b*, tissu conjonctif sous-pleural ; *c*, tumeur gommeuse au centre de laquelle se voient les orifices de deux artérioles dont la tunique élastique est encore reconnaissable. La partie centrale de cette gomme, représentée par des hachures, a subi la dégénérescence granulo-graisseuse ; la partie périphérique est formée par un tissu en voie d'accroissement ; sur un point, alvéoles pulmonaires dont les cloisons sont épaissies.

Le poumon droit est le siége de lésions semblables et qui ne diffèrent que par une évolution un peu plus avancée Les nodosités gommeuses sont ici plus jaunâtres et plus irrégulières que du côté opposé ; elles ont au plus le volume d'une lentille, ce qui tient à ce qu'elles sont déjà en partie résorbées ; la zone fibreuse qui les entoure, revenue sur elle-même, est manifestement rétractée ; sur quelques

points même, le noyau jaunâtre ou blanchâtre a complétement disparu, il ne reste que la zone périphérique.

On observe en outre sur une surface de section du poumon droit des tractus fibreux ayant une disposition stellaire et disposés autour d'un centre commun, comme les rais d'une roue autour du moyeu qui les porte. L'induration scléreuse est étendue et un assez grand nombre de bronches sont dilatées. Il existe de plus, au milieu de ces altérations, quelques noyaux de pneumonie lobulaire qui ont sans doute contribué à précipiter le dénouement ; les ganglions bronchiques sont pour la plupart volumineux, fermes et pigmentés.

Le cœur, surchargé de graisse, a ses cavités larges et dilatées par le fait de la stéatose des fibres musculaires. Celles-ci sont peu colorées et très-friables; le foie est en outre un peu gras, la muqueuse de l'estomac est ardoisée; ce sont là autant de désordres dus à l'alcoolisme. La rate est volumineuse, l'un des reins offre à sa surface une dépression profonde, étoilée, l'autre rein est sain ; le pancréas est normal aussi bien que les intestins. Les muscles de la vie animale sont rouges, assez bien nourris; le tissu cellulo-adipeux est abondant.

Les deux feuillets de la tunique vaginale adhèrent intimement à droite ; la tunique albuginée est épaissie; le testicule diminué de volume, ferme, élastique et manifestement sclérosé, résiste au doigt qui le presse; il présente à la coupe des bandes ou tractus fibreux qui, du corps d'Hygmore, irradient en différents sens vers le corps du testicule. La tunique vaginale du côté opposé contient une ou deux cuillerées d'un liquide citrin, transparent; ses feuillets adhèrent entre eux sur deux points à l'aide de tractus ou cordons blanchâtres. Le feuillet pariétal, épaissi, est en outre couvert sur sa face libre de taches pigmentaires brunâtres ou jaunâtres; le testicule est jaunâtre à la coupe, induré sur une moindre étendue que son congénère.

Les organes lésés, conservés dans l'alcool, sont plus tard

soumis à un examen microscopique. Les poumons offrent un intérêt tout particulier. Les tractus blanchâtres sont constitués par un tissu conjonctif fibroïde semblable au tissu de cicatrice. Les nodosités gommeuses présentent deux parties distinctes : l'une centrale, peu ou pas modifiée par le carminate d'ammoniaque ; l'autre périphérique, fortement colorée par cette même substance (fig. 1).

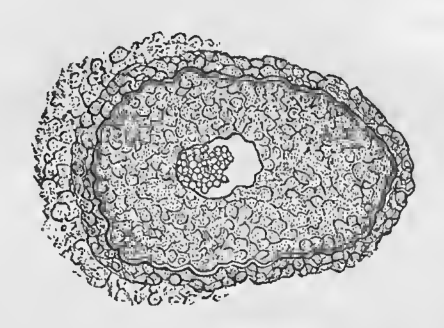


Fig. 2. — Coupe transversale grossie d'une artériole prise au centre de la tumeur gommeuse dans la substance granuleuse. Malgré l'altération de la membrane externe, la tunique élastique persiste ; la tunique interne est épaissie et rétrécit la lumière du vaisseau qui est occupée par quelques globules sanguins.

La première de ces parties est composée d'éléments défigurés, arrondis ou anguleux, hyalins, légèrement granuleux, groupés au pourtour de vaisseaux reconnaissables à leur membrane élastique et à quelques globules sanguins visibles dans leur lumière rétrécie. La seconde est constituée par de petites cellules arrondies, semblables aux éléments du tissu conjonctif embryonnaire, et par un grand nombre de cellules fusiformes et des vaisseaux (fig. 3). Ces derniers, dont l'endothélium est aplati, ce qui est l'indice d'une organisation déjà avancée, ont bien des parois épaisses, mais leur lumière est restée libre.

De cet examen il semble résulter que la gomme commence au pourtour d'un vaisseau, c'est-à-dire par une périartérite, qu'elle s'étend excentriquement, par couches successives, qu'enfin, venant à envahir la tunique interne de ce même vaisseau, elle l'obture, ce qui l'empêche de se

nourrir dans sa partie centrale qui régresse (fig. 2). Mais en même temps la nodosité gommeuse comprime les éléments



Fig. 3. — Dessin histologique de la tumeur gommeuse : *c*, zone périphérique en voie de transformation fibreuse et représentée par un grand nombre de cellules arrondies, dites cellules embryonnaires, et par quelques corps fusiformes; *d*, vaisseau de cette zone; *a*, partie dégénérée de la gomme, dans laquelle se voient des alvéoles pulmonaires comprimés *b*, et encore reconnaissables à leur épithélium.

propres de l'organe qui la renferme; aussi, dans ce cas particulier, il était possible d'apercevoir les alvéoles pulmonaires reconnaissables à la persistance des fibres élastiques limitant des fissures dans lesquelles se voyait encore l'endo-

thélium aplati (fig. 3). Au pourtour des nodules gommeux, les cloisons des alvéoles pulmonaires étaient épaissies par de jeunes cellules rondes et le réticulum lymphatique sous-pleural se trouvait comblé par des éléments lymphoïdes; la plèvre était injectée et épaissie.

Malgré l'absence d'antécédents avoués de la part du malade, les altérations observées dans ce fait, du côté des testicules, du cerveau et des poumons, nous paraissent avoir une origine syphilitique indiscutable. En effet, l'altération de la tunique albuginée, les bandes fibreuses qui parcourent la substance du testicule indurée et résistante, ne laissent pas de doute sur cette origine; il en est de même des lésions nodulaires observées dans les poumons. Quoique symétriques, ces lésions ne ressemblent au tubercule, ni par leur siége qui est la base du poumon, ni par leurs caractères, masses sèches, volumineuses, circonscrites par une coque fibreuse et non en rapport direct avec le tissu pulmonaire, ni par leur évolution puisqu'elles sont résorbées sans produire d'ulcération ou d'excavation; au reste, elles offrent les caractères macroscopiques et microscopiques des gommes syphilitiques.

La lésion cérébrale n'a pas une physionomie aussi tranchée, le néoplasme ayant disparu, elle consiste en une sorte de cicatrice épaisse, peu étendue et circonscrite, ce qui est encore le fait de la syphilis. — Circonscription des lésions, tendance à la destruction et à la production de cicatrices épaisses, calleuses, souvent rayonnantes, tel est en effet le cachet des manifestations avancées de cette maladie.

Les nombreux dessins que j'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie prouvent d'ailleurs que les altérations de la syphilis constitutionnelle ne se produisent pas au hasard, mais suivant des lois déterminées qu'il importe de connaître si on veut arriver à diagnostiquer sûre-

ment cette maladie. Réunies sans parti pris et à de longs intervalles depuis plus de quinze ans, les lésions représentées par ces dessins se font remarquer par des caractères communs que nous allons essayer de tracer en peu de mots. A la peau ces lésions consistent en des nodules ou tubercules saillants groupés et circonscrits, laissant à leur suite des cicatrices indélébiles. Dans le tissu cellulaire elles sont représentées par des nodules semblables, souvent plus volumineux et qui sont tantôt résorbés sur place, tantôt éliminés après ulcération du derme. Dans les muscles volontaires elles sont constituées par des nodosités de même ordre qui en général sont résorbées et suivies d'une cicatrice du muscle affecté. Aux articulations, nous voyons la syphilis se révéler par la présence de dépôts grisâtres ou jaunâtres qui affectent le tissu sous-synovial et parfois aussi les parties ligamenteuses. Ces dépôts se localisent de préférence aux grosses articulations et surtout aux genoux et aux coudes, en général à une ou à deux articulations, le plus souvent à des articulations symétriques. Dans les os, même tendance à la circonscription des lésions syphilitiques, comme on peut le voir sur un tibia dont nous avons ici le dessin et qui présente sur sa face interne, inférieurement une exostose, supérieurement une périostite. Ici le néoplasme syphilitique, excepté lorsqu'il est par trop exubérant, se transforme non plus en tissu de cicatrice, mais en un tissu osseux suivant les lois du développement normal. De là les exostoses, qui ne diffèrent de l'os normal que par la manière dont elles sont implantées sur cet os et par des canalicules plus larges. Comme les os, les ganglions lymphatiques sont le siége de lésions productives plutôt que destructives; aussi sont-ils augmentés de volume dans la plupart des cas de syphilis viscérale.

Dans les artères, les lésions syphilitiques se font aussi remarquer par leur faible étendue. Si dans quelques cas

elles affectent toute la circonférence du vaisseau, elles rétrécissent son calibre et l'obturent; d'autres fois, elles se limitent à une partie seulement de cette circonférence, et peuvent être le point de départ d'une dilatation latérale ou anévrysmatique. Après les petites artères, dont la tunique adventice ou gaîne lymphatique est le point de départ assez habituel des gommes, les artères cérébrales sont plus spécialement atteintes par la syphilis. Par sa circonscription, l'altération de ces vaisseaux se distingue nettement de l'endartérite commune, dont la tendance est d'envahir une grande étendue et parfois la totalité du système artériel.

Dans les viscères, les altérations de la syphilis se présentent avec les mêmes caractères. Les altérations spécifiques du foie et celles des testicules ont, sous ce rapport, de très-grandes analogies. Vus à l'œil nu, ces organes sont tantôt traversés par des bandes fibreuses plus ou moins rétractées et qui souvent irradient d'un centre commun, tantôt parsemés de masses néoplasiques dont la partie centrale finit par se modifier, sous la forme d'un noyau jaunâtre (gomme), tandis que la partie périphérique s'organise en un tissu définitif cicatriciel. C'est d'ailleurs ce qui existait dans le cas de syphilis pulmonaire que nous venons de rapporter. C'est aussi ce qui arrive pour les reins et pour l'encéphale. Sur un dessin de nos planches, la protubérance annulaire est le siége de deux nodosités circonscrites jaunâtres infiltrées au sein d'un tissu grisâtre fibroïde qui leur forme une espèce de coque. Ainsi ces lésions ne sont pas, comme le tubercule du cerveau, en rapport immédiat avec la substance nerveuse, et si le malade continue de vivre, les nodosités finissant par disparaître, le tissu fibroïde qui les entoure forme une cicatrice plus ou moins épaisse.

La revúe que nous venons de faire des désordres engendrés par la syphilis dans les différents organes montre

clairement que cette maladie se traduit par des lésions matérielles, que ces lésions ne sont ni diffuses, ni étendues, mais toujours limitées et circonscrites, et qu'elles ont une évolution toute spéciale. Or, tenant compte de ces données, le clinicien, s'il n'arrive pas toujours à diagnostiquer sûrement la syphilis viscérale, évitera du moins de se fourvoyer et ne sera pas conduit à faire rentrer dans le domaine de cette maladie la plupart des désordres pathologiques qui se rencontrent chez les syphilitiques. C'est ainsi que la *folie*, la *paralysie générale*, *l'ataxie locomotrice progressive*, la *phthisie pulmonaire*, maladies caractérisées par des lésions anatomiques diffuses étendues et lentement progressives, sont absolument indépendantes de la syphilis dont les lésions sont circonscrites, lentement régressives, et cela en dépit des efforts qui ont été tentés dans ces derniers temps pour attribuer à ces maladies, dans quelques cas au moins, une origine spécifique. J'en dirai autant de l'épilepsie et surtout de l'hystérie qui, plus que toute autre maladie, aurait dû trouver grâce devant la syphilis avec laquelle elle est en opposition formelle, puisque jusqu'ici on ne lui connaît aucun désordre matériel constant.

En présence d'un malade syphilitique atteint de désordres fonctionnels d'un viscère important, le cerveau par exemple, le diagnostic, selon nous, se pose de la façon suivante :

Existe-t-il une lésion matérielle de l'encéphale ? Si non, la syphilis n'est pas en cause ; si oui, déterminer s'il s'agit d'une lésion diffuse ou d'une lésion circonscrite, et dans ce dernier cas seulement admettre la possibilité d'une origine syphilitique. C'est alors que la connaissance des antécédents du malade et surtout celle du mode d'évolution de la lésion doivent intervenir pour différencier l'affection syphilitique de toute autre affection à foyer.

Il est bien entendu que ce raisonnement s'applique à la période la plus avancée de la syphilis acquise, celle que nous appelons tertiaire. Les choses, en effet, se passent un peu différemment dans la période secondaire. Cette période se révèle par des manifestations à la vérité toujours circonscrites, mais disséminées et en général étendues ; exemple, les éruptions cutanées, les lésions articulaires, etc., qui ont pour caractère d'être résolutives et non destructives ; mais à cette période la syphilis n'affecte pas les viscères profonds, si ce n'est dans quelques formes primitivement graves. D'ailleurs les désordres qui en résultent, si on tient compte de leur évolution, ne peuvent être confondus avec des maladies telles que l'ataxie locomotrice progressive, la paralysie générale, etc.

Je m'arrête, ne voulant pas abuser plus longtemps des moments de l'Académie, et je termine ces considérations générales par les propositions suivantes, qui sont le résumé de mes recherches sur la matière :

1° La syphilis, si on fait exception de la fièvre concomitante du début des manifestations secondaires, se traduit invariablement par des lésions matérielles des organes et par des troubles fonctionnels subordonnés au siége et à l'étendue de ces lésions.

2° Cette maladie n'affecte jamais primitivement que des tissus dérivés du feuillet moyen du blastoderme et en particulier les éléments du système lymphatique. Les tissus dérivés du feuillet interne et externe, tissus épithéliaux, cellules nerveuses, sont toujours secondairement altérés.

3° Elle se manifeste par des lésions à développement lent, excentrique, dont le type est le tissu conjonctif embryonnaire, et qui tantôt disparaissent par résorption ou élimination, tantôt s'organisent en tissus définitifs homo-

logues (tissu osseux dans l'os, lymphatique dans les ganglions, cicatriciel dans la substance conjonctive).

4° Elle évolue en trois temps :

Le premier temps est caractérisé par un ou plusieurs accidents locaux appelés chancres ;

Le second, par des lésions ou éruptions disséminées, étendues, superficielles et résolutives, c'est-à-dire qui disparaissent sans laisser la moindre trace (éruptions généralisées ou de la période secondaire);

Le troisième, par des lésions circonscrites profondes et qui laissent à leur suite une perte de substance, une cicatrice plus ou moins épaisse et calleuse (éruptions circonscrites ou de la période tertiaire);

Enfin, la connaissance de cette évolution sert à fixer le moment de la guérison de la syphilis, qui, semblable en cela à toutes les maladies à type défini, peut s'arrêter com-complétement à la fin de l'une de ses phases naturelles.

II

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Clinique de M. le Dr VIDAL.

DU LICHEN.

Leçon recueillie par J. DEJERINE, interne du service.

Messieurs,

L'étude des affections papuleuses de la peau m'amène aujourd'hui à vous entretenir du lichen. Ce mot est employé depuis très-longtemps, mais c'est à Willan et Bateman que revient l'honneur de lui avoir donné un sens exact, rigoureux, précis, en l'employant pour désigner une éruption de petites papules agglomérées, et en le faisant rentrer dans les affections papuleuses. Cette affection se présente sous trois formes principales :

Le lichen simplex, qui peut être aigu ou chronique ;

Le lichen planus, d'E. Wilson, qui n'est autre chose, dans une de ses formes du moins, que le lichen ruber d'Hebra.

Le lichen des scrofuleux (*lichen scrofulosorum*).

Le lichen simplex est assez connu par les travaux de l'école de Saint-Louis, pour ne pas nous arrêter longtemps; il se présente sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique.

La forme aiguë, contestée par certains auteurs, doit cependant être admise ; sa durée est en général de 1 à 3

septénaires, elle récidive facilement. Dans la forme chronique, qui est surtout celle que vous aurez fréquemment l'occasion d'observer, la peau est devenue plus épaisse, les papilles hypertrophiées lui donnent une consistance rude et les plis normaux de la peau deviennent plus apparents et plus nombreux, ces plis peuvent s'entr'ouvrir et donner lieu à des fissures tout comme dans l'eczéma fendillé. Les papules du lichen sont en général conglomérées, et en se réunissant forment des plaques de volume variable et qui ont certains points d'élection assez bien déterminés: c'est surtout au cou, à la nuque, à la face interne des cuisses, au pourtour des articulations qu'on les observe.

Je mentionnerai pour terminer ce qui a trait au lichen simplex, la présence de vésicules coïncidant avec les papules, c'est cette forme à laquelle on a donné le nom d'eczéma lichenoïde ou de lichen eczémateux, car tantôt elle commence par du lichen, tantôt par de l'eczéma.

Il est une forme de lichen qui est bien connue, surtout depuis les travaux de M. Bazin, c'est le lichen pilaire; cet auteur admet deux formes de lichen pilaris:

1° Lichen par hypertrophie papillaire : dans cette forme la peau est soulevée par une quantité de petites papilles de la grosseur d'un grain de mil et même davantage, et donnant à la peau un aspect analogue à celui de la chair de poule, d'où le nom de *cutis anserina* par lequel on désigne souvent cette affection : pour Devergie il serait un pityriasis pilaris;

« 2° Lichen par hypertrophie fonctionnelle: les papules « sont petites, déprimées à leur partie centrale, d'une « couleur jaunâtre ou brunâtre, ordinairement disposées « en plaques plus ou moins étendues. Ces plaques ont un « aspect singulier et tout à fait caractéristique : elles res- « semblent, qu'on me passe cette expression, à une croûte

« de pain légèrement brûlée et râpée superficielle-
« ment.

« Les éléments du poil cessent d'être sécrétés de bonne « heure, aussi les papules ne sont pas traversées par un « poil, comme celles du lichen par hypertrophie papil- « laire. » (Bazin, art. LICHEN, du *Dict. encyclop.*)

Cette deuxième forme de lichen n'est autre chose que le *lichen planus* d'Erasmus Wilson.

Le lichen planus est une forme assez rare du lichen. Il est caractérisé par des papules d'une espèce particulière, tendant à se grouper en plaques; ces papules, remarquables par leur aplatissement, sont comme transparentes au sommet où se voit l'ouverture des follicules pileux. Leur marche est chronique, elles ne causent pas de prurit et ne s'accompagnent pas de desquamation.

Les papules sont d'un rouge foncé, légèrement élevées, d'un diamètre de 1 à 2 lignes, aplaties, déprimées ou ombiliquées, transparentes au sommet, et marquées au centre par l'ouverture d'un follicule et le contour de son bouchon épidermique. Parfois, quand l'éruption est abondante, un petit groupe de papules voisines est réuni par une base infiltrée, et forme une plaque de dimension variable.

La disparition de la papule laisse après elle une coloration d'un brun foncé, et là où l'éruption a été abondante, la peau offre des taches pigmentaires.

Le siége du lichen planus est d'une grande importance pour le diagnostic, on l'observe surtout à la face antérieure des avant-bras, sur le pourtour du bassin et de l'abdomen, sur les hanches, la nuque, le devant de la poitrine, la convexité des genoux, parfois le pli du coude et de l'aisselle.

Le groupement des papules entre elles donne à l'éruption des formes plus ou moins variées, de là les variétés admises par E. Wilson.

Lichen planus discretus.
— — diffusus.
— — annulatus.
— — marginatus.

Cette affection se rencontre le plus souvent chez les individus nerveux, irritables, dyspeptiques, elle s'accompagne exceptionnellement de prurit (*lichen planus pruriginosus* d'Erasmus Wilson).

Il nous reste maintenant à étudier le siége et la pathogénie de cette affection.

Elle débute par l'hyperémie de la papille et de la paroi du follicule pileux ; les cellules de la gaîne du poil prolifèrent, le fond du follicule pileux est ainsi rempli, gonflé, augmenté de volume par les éléments cellulaires; plus tard il y a prolifération épidermique vers l'orifice du follicule pileux, et le poil altéré finit par être enfoui sous la prolifération épidermique.

A la longue le réseau de Malpighi et la couche cornée s'hypertrophient, les papilles augmentent de volume, leur tissu connectif est hyperplasié, leurs vaisseaux dilatés.

Les glandes sudoripares restent saines d'après Neumann, mais leurs conduits, remplis vers leur embouchure de petites cellules pressées les unes contre les autres, se dilatent en entonnoir. Les glandes sébacées, comprimées, finissent par s'atrophier. Les muscles des follicules pileux, *arrectores pilorum*, sont très-hypertrophiés.

L'altération débute donc au fond du follicule, par une hyperémie de la papille et une prolifération des éléments cellulaires de la gaîne du poil. Consécutivement, apparaît l'hypertrophie ou l'infiltration inflammatoire de la couche papillaire.

Le *lichen ruber*, dont il me reste maintenant à vous entretenir, est une affection peu connue en France, et dont

nous devons la description à Hebra; pour cet auteur, le lichen ruber est constitué par des papules miliaires, rouges, distinctes, qui ne sont pas excoriées, et qui sont recouvertes d'un petit nombre de squames minces. Elles ne sont pas réunies en groupes, ni disséminées sur toute la surface du corps, mais elles restent en général limitées à certaines régions de la peau, aux jambes notamment. Ces papules, pendant toute la durée de leur existence, conservent le même volume et ne subissent jamais d'expansion périphérique.

Les plaques infiltrées d'un rouge foncé, résultant de la réunion de nombreuses papules développées les unes près des autres, sont recouvertes de squames peu adhérentes, minces, semblables à du papier grisâtre; quand on les a enlevées, on voit que les orifices des follicules pileux sont dilatés. Il n'y a pas de suintement, et les plaques ne saignent pas lorsqu'on les gratte légèrement. La présence d'excoriations très-superficielles annonce que, dans cette affection, la démangeaison est insignifiante.

D'abord isolées les unes des autres, les papules en augmentant de nombre se rapprochent peu à peu, et finissent en arrivant au contact par former des plaques continues, de dimension et de forme variables, rouges, infiltrées et recouvertes d'écailles. Ces changements morbides se répétant sur d'autres points restés sains, on peut voir l'affection occuper des régions entières, ou même toute la surface du corps. Lorsque la maladie est arrivée à ce degré, elle occasionne souvent une démangeaison très-pénible.

Pour ce qui est de l'état de la santé générale, elle est variable, au début, lorsque l'affection est circonscrite, il n'y a pas de phénomènes généraux; lorsqu'elle commence à s'étendre, on voit le malade maigrir et perdre le sommeil, et dans les cas où tout le tégument cutané est pris, on voit

l'amaigrissement augmenter et le malade succomber dans le marasme.

La lésion anatomique du lichen ruber siége dans les follicules pileux et est analogue à celle du lichen planus. Il y a prolifération des cellules de la gaîne du poil et distension de cette dernière, en outre les papilles sont hypertrophiées et leurs anses vasculaires dilatées.

Pour en finir avec l'histoire du lichen, je vous parlerai maintenant d'une forme de cette affection désignée par Hebra sous le nom de *lichen scrofulosorum.*

Elle a pour symptôme caractéristique la présence de papules miliaires, soit pâles, soit jaunâtres, soit brunâtres, groupées souvent en cercles ou en segments de cercles.

Cette affection se présente le plus souvent sur le tronc, elle est rare aux extrémités. Elle se rencontre dans une période de la vie comprise entre 15 et 25 ans, et presque toujours, sinon toujours, chez des individus affectés de scrofule antérieure ou actuelle. Nous devons à Moritz Kohn (de Vienne) une bonne description de l'anatomie pathologique de cette variété de lichen. Il y a prolifération cellulaire dans les follicules pileux, dans leurs glandes sébacées et dans les papilles, ainsi qu'autour de l'ouverture des follicules pileux; à ce niveau surtout la prolifération est si abondante, qu'elle arrive à séparer le poil de sa gaîne.

Chaque élévation papuleuse siége ainsi à l'orifice d'un follicule pileux; elle est formée par une accumulation de cellules épithéliales et de graisse infiltrée dans leur intérieur; cette élevure papuleuse est facile à enlever, son ablation ne détermine aucun écoulement sanguin, et l'on peut alors apercevoir à l'œil nu l'orifice du follicule pileux.

La marche de cette affection est ordinairement lente, et si les groupes de papules atteignent assez rapidement

leur complet degré de développement, ils restent ensuite longtemps dans cet état sans éprouver aucune modification. Le prurit est nul. La tendance naturelle de ce lichen est la marche chronique et il peut durer des années, si les conditions qui lui ont donné primitivement naissance persistent encore. Hebra ne l'a jamais vu se compliquer de tuberculose pulmonaire.

III

LA DOURINE

par M. le professeur Saint-Cyr.

(Troisième leçon.)

DIAGNOSTIC ET NATURE.

Diagnostic. — Si vous vous reportez à ce que nous avons dit dans nos deux précédentes leçons, et si vous le comparez à ce que vous avez pu constater vous-mêmes chez nos deux malades, vous devez vous dire qu'il est, en définitive, bien peu d'affections qui s'accusent par un ensemble de symptômes plus constants, plus uniformes et plus significatifs ; et vous avez raison, si vous considérez la maladie dans son ensemble et dans sa marche. Et cependant, si un propriétaire vous eût présenté, il y a quelques jours, un de ces étalons en vous disant : « Depuis quelque temps mon cheval est évidemment malade ; il mange encore, mais il dépérit ; il a sensiblement maigri ; il est faible du train postérieur, raide dans sa démarche, et, lorsqu'il va pour faire la monte, outre qu'il a moins d'ardeur qu'autrefois, il éprouve beaucoup de difficultés pour se dresser sur ses jarrets ; » si, dis-je, l'un de ces chevaux vous eût été présenté avec ces seuls renseignements, — et ce sont là, je crois, à peu près tous ceux qu'un propriétaire non encore éclairé par une expérience antérieure aurait pu vous donner, — vous auriez été sans doute fort embarassés pour reconnaître, même après un examen attentif, la maladie à

laquelle vous auriez eu affaire, et je n'hésite pas à vous dire que, très-probablement, je l'eusse été autant que vous. Et de fait, tous ceux qui ont eu à observer pour la première fois, inopinément, cette singulière affection ont été dans le même embarras. C'est M. Signol, en 1847, qui, l'observant en Afrique, chez un grand nombre de juments de la tribu des Rigas, ne voit en elle qu'une *paraplégie des mieux caractérisées.* C'est M. Trélut, en 1860, qui reconnaît bien en elle une *altération profonde de l'organisme,* mais sans pouvoir lui assigner sa véritable cause, etc., etc.

C'est qu'en effet, si, pour celui qui est prévenu, qui sait d'avance à quoi il a affaire, l'ensemble des symptômes est des plus expressifs, aucun de ces symptômes, cependant, considéré isolément n'est vraiment pathognomonique.

Je ne parlerai pas de ceux du début : nous ne les avons pas vus. Il paraît cependant, à en juger par ce qu'en disent les auteurs, qu'il n'y a pas, à ce moment où tous les symptômes se concentrent sur la sphère génitale, qu'il n'y a pas, dis-je, de lésions constantes et univoques. L'éruption signalée par les observateurs, outre qu'elle peut manquer, — qu'elle manque souvent au dire de ceux qui semblent avoir le mieux étudié la maladie, — se présente, quand elle existe, avec des caractères si variables, si polymorphes, — papules, vésicules, pustules, ulcérations, macules, que sais-je encore? — qu'il est bien difficile, semble-t-il, d'asseoir sur elle un diagnostic certain. — Peut-être, chez la jument, faudrait-il accorder un peu plus de confiance à l'écoulement catarrhal qui se fait par la vulve et à la tuméfaction œdémateuse des lèvres de celle-ci, deux symptômes qui paraissent assez constants, et qui, lorsqu'on les observe chez une jument saillie depuis peu, doivent faire penser à la *dourine.*

Mais quand la maladie est arrivée à la deuxième période,

lorsque, ainsi que c'était le cas chez nos malades, il n'existe plus rien du côté des organes génitaux, la difficulté du diagnostic peut être, je le répète, très-grande.

La maigreur, en effet, est bien un symptôme de cette maladie, même un symptôme important. Mais tant de causes, non-seulement pathologiques, mais aussi physiologiques, — peuvent la produire, qu'elle ne peut avoir, — à elle seule, — quelque valeur diagnostique que pour un esprit déjà prévenu et mis sur la voie.

J'en dirai autant de la *sensibilité exagérée de la région lombaire*, si expressive quand on sait lui donner sa véritable signification, mais si difficile à interpréter quand on ignore absolument ce à quoi on peut avoir affaire; d'autant plus que cette sensibilité peut se retrouver, presque au même degré et avec les mêmes caractères, dans d'autres affections fort différentes de celle-ci, parmi lesquelles il me suffira de citer la néphrite.

La *faiblesse des reins*, la *raideur* de la locomotion ont-elles une signification plus précise? Evidemment non. Elles peuvent, en effet, dépendre d'une entorse dorso-lombaire, d'un tour de reins, comme nous disons dans notre langage technique, ou bien d'une lésion primitive de la moelle, de ses enveloppes ou des vertèbres elles-mêmes, tout aussi bien que de la dourine.

De même cette flexion brusque de l'un des boulets postérieurs pendant la marche, si importante comme manifestation de la maladie, ne peut-elle pas passer inaperçue, ou être mise sur le compte d'un simple faux pas purement accidentel?

Cependant, si tous ces symptômes se montrent réunis chez le même malade, et si ce malade est en même temps un reproducteur, c'est-à-dire un cheval entier servant d'étalon ou une jument saillie depuis peu, ils doivent donner l'éveil, et vous devez songer à la possibilité de la maladie

du coït, surtout si la maigreur porte principalement sur les muscles de l'arrière-main, — les reins, la croupe, la fesse, la région antérieure de la cuisse, —et si elle semble affecter n'importe lequel de ces groupes musculaires plus que les autres; si en même temps la région lombaire est voussée de manière à donner à l'animal cette conformation que l'on appelle le dos de mulet, le dos de carpe; si la raideur de la démarche offre quelques-uns de ces caractères que je vous faisais remarquer dans notre dernier entretien; si enfin, — et c'est là un signe d'une importance capitale, — si vous observez de temps à autre pendant la marche ces flexions brusques du boulet qui simulent un faux pas.

Vos soupçons acquierront un grand degré de probabilité si, aux symptômes précédents, viennent s'ajouter ces intumescences circulaires, ces plaques cutanées que vous avez pu étudier chez Zaatchi, dont je me suis efforcé de préciser les caractères dans la dernière leçon, et que tous ceux qui ont décrit cette maladie ont signalées comme un symptôme précieux pour le diagnostic; ou bien ces paralysies locales dont Kouina nous offre un si bel exemple, et que tous les observateurs signalent également. Enfin, s'il vous restait quelques doutes, la marche lentement progressive, — sur laquelle nous avons suffisamment insisté précédemment pour qu'il soit utile d'y revenir aujourd'hui, — et l'enquête à laquelle vous ne manqueriez pas de vous livrer, achèveraient de vous éclairer.

Nous avons supposé, en effet, que l'animal sur la maladie duquel vous étiez appelés à vous prononcer est un reproducteur, un étalon. Si allant aux informations, vous appreniez que, dans la circonscription du dépôt ou de la station à laquelle il appartient, un certain nombre de juments sont malades et présentent des symptômes analogues aux siens, vous comprenez quelle clarté cette circonstance jetterait sur le diagnostic, combien les symp-

tômes les moins expressifs jusqu'alors prendraient une signification nette et précise à la lueur de ce fait bien constaté !

Voilà, messieurs, résumés aussi exactement que j'ai pu le faire, les éléments du diagnostic. Aussi bien maintenant qu'au début de cette leçon, j'avouerai que ce diagnostic peut présenter parfois des difficultés très-grandes. Il faut, pour les surmonter, une étude très-attentive, non-seulement des manifestations actuelles de la maladie, mais encore de sa marche et de toutes les circonstances au milieu desquelles elle s'est produite, ce qui suppose, de la part du praticien, non-seulement des connaissances acquises par l'étude, mais encore une certaine sagacité naturelle. Mais n'en est-il pas de même pour la plupart des maladies internes que nous avons à traiter chez nos malades, surtout pour celles de ces maladies qui ne se présentent pas journellement à notre observation ?

Comparaison de la dourine avec la syphilis. — Maintenant, qu'il nous soit permis de faire pour terminer cet entretien une petite excursion dans le domaine de la pathologie comparée. Nous y sommes autorisés par cette considération que la maladie que nous étudions aujourd'hui a quelquefois reçu le nom de *syphilis des chevaux*, et qu'on a cru trouver en elle certaines analogies, certain degré de parenté avec la syphilis de l'homme, même une communauté d'origine.

C'est, en effet, paraît-il, une opinion très-répandue parmi les arabes de l'Algérie que la dourine est d'origine humaine ; elle serait due aux rapports contre nature auxquels se livreraient sur des ânesses, dans le but de se guérir, beaucoup d'indigènes atteints de maladies vénériennes (général Daumas, Dr Vital, Viardot). Ils transmettraient ainsi la maladie à l'ânesse, qui la communiquerait au baudet, qui la donnerait lui-même à la jument,

et telle serait, d'après les indigènes, l'origine de cette affection qui sévit parfois en Algérie avec une grande intensité (Signol, Vital, général Daumas, Viardot). La même opinion paraît aussi avoir eu cours en Allemagne, au commencement de ce siècle; elle s'est également produite en France, parmi les éleveurs, lors de la première apparition de la maladie dans le département des Hautes-Pyrénées en 1851 (première commission de Tarbes); — mais elle n'a jamais pu prendre pied dans la science. Il y a, en effet, entre la syphilis de l'homme et celle des chevaux — si l'on veut à toute force donner ce nom à la dourine — de trop grandes différences pour qu'il soit possible de leur attribuer une origine commune, de les considérer comme ne formant qu'une seule et même espèce morbide. C'est ce que se sont attaché à faire ressortir tous ceux qui ont étudié scientifiquement la question ; c'est ce que nous allons essayer de faire à notre tour.

Au point de vue de la syptomatologie, d'abord : nous voyons la syphilis débuter constamment par une lésion locale, toujours identique à elle-même : une ulcération bien circonscrite, peu étendue, solitaire, indolente, ou à peine douloureuse, reposant sur une base de tissus indurés ; c'est le chancre syphilitique, suivi à bref délai de l'engorgement dur non douloureux, ne suppurant jamais, des ganglions lymphatiques les plus voisins de la lésion locale. Puis apparaissent les manifestations secondaires, occupant l'appareil tégumentaire, la peau et les muqueuses ; manifestations variées par leur siége et leurs caractères objectifs, mais offrant, quand elles siégent à la peau, un caractère commun : la rougeur cuivrée des éruptions. Plus tard surviennent les altérations dites tertiaires, altérations occupant les organes profonds, les muscles, les os, les viscères, sans en excepter le cerveau et la moelle. Cette marche est en quelque sorte fatale dans sa régularité.

Combien différente est la maladie du coït !

Sans parler des lésions initiales, qui peuvent manquer, ou qui, quand elles existent, peuvent affecter des formes si diverses, si variables, éruptions polymorphes sur ou au pourtour des organes génitaux, écoulement catarrhal par le vagin, intumescence des lèvres de la vulve chez la jument, engorgement des bourses, du fourreau, des testicules ou de leur cordon, etc., quelle analogie peut-on trouver entre les éruptions cuivrées de la syphilis secondaire et ces plaques cutanées éphémères, se montrant et disparaissant tour à tour spontanément dans la dourine ? où trouvera-t-on dans cette dernière quelque chose qui rappelle les lésions si communes et si caractéristiques de la syphilis ? Et par contre, où sont, dans la syphilis, les symptômes analogues à cette parésie progressive du train postérieur aboutissant tôt ou tard à la paraplégie, phénomène si constant dans la dourine ? Sans doute, il peut y avoir, dans la première, des troubles variés de la motilité — même des paralysies, expression de lésions cérébrales ou médullaires ; mais ces désordres sont accessoires, contingents, accidentels ; ce sont, de plus, des symptômes tardifs appartenant à la syphilis tertiaire. Dans la dourine, au contraire, la paraplégie est un symptôme nécessaire, étroitement lié, à ce qu'il semble, à la nature de la maladie, dont il est l'expression la plus directe et la plus univoque ; c'est, de plus, un symptôme précoce, apparaissant, en général, dès le deuxième mois, et quelquefois beaucoup plus tôt.

On me dira peut-être que ces différences dans l'expression symptomatologique peuvent dépendre de la différence assurément considérable qui existe entre l'organisation de l'homme et celle du cheval. Je ne nie point qu'en changeant de terrain, un virus puisse se modifier de manière à ce que ses manifestations ne soient pas exactement sem-

blables dans les deux cas ; mais les différences que je viens de signaler me paraissent pourtant trop considérables, trop capitales, pour qu'elles puissent s'expliquer par la différence d'organisation.

Admettons cependant qu'il en puisse être ainsi et cherchons un autre criterium.

Naturam morborum ostendunt curationes, dit-on depuis Hippocrate, et cela avec raison. Si donc la dourine n'est que la syphilis modifiée dans ses symptômes par son passage dans l'organisme du cheval, le même traitement qui guérit celle-ci doit aussi convenir à celle-là. Or, il n'en est point ainsi. Le mercure, d'une efficacité si reconnue contre la syphilis secondaire, non-seulement s'est montré absolument impuissant contre la maladie du coït, mais n'a fait dans la plupart des cas qu'aggraver l'état des malades (Fischer, Zundel, Lafosse, commission de Tarbes). L'iodure de potassium, employé avec tant d'avantage contre la syphilis tertiaire, n'a pas eu plus de succès contre la dourine, il s'est montré moins malfaisant que le mercure, mais complétement inefficace. Par contre, l'arsenic, que M. Trelut le premier a employé avec quelque succès contre la dourine, n'a pas, que je sache, sa place marquée dans le traitement de la syphilis, à aucune de ses périodes. Donc, ici encore nous sommes en présence de différences profondes, radicales.

Enfin, si tout ce qui précède ne suffisait pas encore pour résoudre la question de non-identité des deux maladies, nous pourrions invoquer, comme dernier argument, les résultats de l'inoculation.

Mais ici, il faut bien s'entendre : sous le nom de maladies vénériennes, on connaît aujourd'hui chez l'homme trois affections bien distinctes comme espèces, et qu'il n'est plus permis de confondre : la blennorrhagie, le chancre simple, la syphilis, cette dernière ayant toujours pour point

de départ le chancre induré, indolent et solitaire dont j'ai déjà parlé.

Or, de ces trois maladies, il en est une qui s'inocule très-bien aux animaux, ainsi que l'a prouvé le premier M. Diday, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, et après lui beaucoup d'expérimentateurs. Cette maladie, c'est le chancre simple, lésion purement locale, non susceptible d'infecter l'économie, n'étant jamais suivie de manifestations secondaires, mais qui peut s'inoculer à celui qui le porte autant de fois qu'on le veut.

Mais, par contre, le véritable chancre syphilitique, expression d'une affection générale, ce chancre solitaire indolent, non inoculable au sujet qui le porte, mais que suivent fatalement, peut-on-dire, des manifestations secondaires et tertiaires, ce chancre-là ne s'inocule pas aux animaux. Je sais bien que Auzias-Turenne a prétendu le contraire, qu'il a dit avoir réussi à donner la syphilis véritable même au cheval; mais les assertions de cet expérimentateur ne sont plus acceptées aujourd'hui par les hommes les plus compétents en syphiligraphie; elles sont d'ailleurs contredites par les expériences d'un très-grand nombre d'expérimentateurs, anciens et modernes, médecins et vétérinaires, parmi lesquels je citerai Hunter, Turnbull, Ricord, Cullerier, Leblanc, Depaul, Fournier, Reynal, d'Alfort, Lafosse, de Toulouse, Peuch et Horand, de Lyon, expériences qui toutes ont donné des résultats négatifs.

Concluons donc hardiment que si la syphilis de l'homme et la maladie du coït du cheval présentent quelques analogies, en ce sens que ce sont toutes deux des maladies générales et virulentes, et que l'une et l'autre se prennent habituellement par les rapports sexuels, elles n'en sont pas moins essentiellement différentes et constituent bien réellement deux espèces morbides, aussi distinctes l'une de l'autre que peuvent l'être, par exemple, la clavelée du

mouton et la variole de l'espèce humaine ; en un mot, que, s'il n'est que trop vrai que le cheval ait donné à l'homme cette horrible maladie qu'on appelle la MORVE, l'homme ne s'en est point vengé en donnant à sa plus noble conquête, selon l'expression de Buffon, cette maladie presque aussi redoutable qu'on appelle la VÉROLE.

IV

DE LA TRICOPTILOSE (1), par le Dr Roeser.

M. Devergie a décrit dans les *Annales de dermatologie* pour 1872 une curieuse affection des poils qu'il croit avoir signalée le premier. Elle consiste dans la dissociation du poil en petits filaments qui en font une sorte de balai et, quand ces filaments sont inégaux, le font ressembler à une plume. De là le nom de *tricoptilose* inventé par M. Littré sur les indications de M. Devergie.

M. Bazin, dans l'article Cheveux du *Dictionnaire encyclopédique*, prétend que cette affection est décrite dans les anciens auteurs sous le nom de *scissura pilorum;* il paraît bien la connaître ; ce qui n'empêche pas que les dix lignes qu'il lui consacre sont tout ce qu'on trouve sur ce sujet dans ses ouvrages. M. Bazin eût été bien inspiré s'il avait joint quelques indications bibliographiques à son article, afin d'éviter à ceux que ce sujet intéresse des recherches toujours fastidieuses sur une matière aussi restreinte. J'avoue, pour ma part, que la tricoptilose, affection assez curieuse par elle-même, ne m'avait jamais présenté un intérêt assez considérable jusque aujourd'hui pour me décider à entreprendre ces exhumations, dont l'utilité pratique est en général fort contestable. Il a fallu une occasion toute spéciale pour m'engager à faire quelques recherches, qui ne sont pas encore complètes et que j'ai l'intention de conti-

(1) Θρίξ, cheveu; πτίλον, plume.

nuer si les idées nouvelles que j'expose ici viennent à être confirmées par des faits nouveaux. Il me reste par exemple à consulter divers auteurs étrangers, experts sur les affections des poils, au nombre desquels Pincus et Hermann Beigel, et plus tard seulement je rendrai compte de leurs travaux.

Dans le tome IV des *Annales de dermatologie* il est encore fait mention de deux nouvelles observations dues au Dr Billi de Florence. Enfin Hebra, traitant des atrophies cutanées, parle de Beigel qui a décrit une forme essentielle de l'atrophie des poils sous le nom de gonflement et éclatement, et pour laquelle lui-même propose le nom de *trichorexis nodosa.*

Quoi qu'il en soit, voici, d'une manière générale, la description des altérations produites par cette maladie, faite surtout d'après mes propres observations, quelquefois aussi d'après les différents auteurs déjà cités, seulement lorsque je rencontre des faits que je n'ai pas été à même de constater :

Le malade s'aperçoit un jour que les poils de ses cheveux (Devergie) ou de sa barbe tombent avec la plus grande facilité sous le peigne et que certaines places considérées comparativement avec celles du côté opposé sont presque dénudées. A ce moment l'affection dure sans doute depuis longtemps et il est extrêmement difficile de préciser exactement l'époque de son développement.

La première chose qui frappe en examinant les poils tombés est leur sécheresse et leur friabilité. Ils sont ternes, manquent presque tous de racine et, à l'endroit où ils sont cassés, présentent une dissociation de leurs fibres qui les a fait comparer à une aigrette ou à un balai. A d'autres endroits on trouve des renflements parfaitement remarquables, au niveau desquels ils se rompent aussitôt, si on les tire suivant leur longueur. D'autres poils sont le siége d'une lé-

sion un peu différente de la précédente, mais évidemment de même nature et que d'ailleurs la présence des renflements friables peut expliquer. La dissociation des différentes couches du poil, au lieu de se faire sur une petite étendue et d'affecter comme précédemment toute l'épaisseur du même diamètre, se fait sur des longueurs plus considérables et commençant indistinctement à des niveaux différents, couvre le poil de filaments plus ou moins longs qui lui donnent grossièrement l'apparence d'une plume. Il semble que la friabilité pathologique ne se soit pas à chaque niveau étalée comme tout à l'heure sur la même surface de section, mais à différentes hauteurs ait affecté seulement certaines portions. On comprend que, une fois que la fibre qui s'écarte commence à se détacher, diverses influences extérieures agissent en sorte que cet écartement peut devenir plus considérable, de manière que le poil se trouve littéralement fendu en deux ou trois parties sur toute sa longueur y compris la racine, car j'ai pu quelquefois arracher par fragments des poils ainsi divisés et chacun de ces fragments était muni d'une portion de racine. A coup sûr, j'ai rencontré cette disposition assez souvent pour qu'on ne puisse m'objecter que j'avais affaire à plusieurs poils sortant du même follicule.

Le poil peut simplement se trouver fendu en deux ou trois brins sans offrir au complet cette disposition *ptiloïde* signalée plus haut.

Lorsqu'on ne rencontre que des poils simplement fendus et ne présentant plus de nodosités on pourrait penser qu'on a affaire à cette affection appelée par Hebra *scissura pilorum*, dans laquelle le poil se fend en deux ou trois filaments suivant sa longueur, sans jamais offrir ces renflements caractéristiques de la *trichorexis nodosa*. A la vérité l'erreur ne serait pas grande, car je considère ces deux lésions comme de même nature et entraînant le même pro-

nostic, quoique symptomatiquement distinctes. Il est facile d'exposer en peu de mots les caractères différentiels de ces affections et cette description rentre absolument dans mon sujet.

Hebra n'a trouvé la *scissura pilorum* que sur les cheveux à pointe et surtout chez les femmes. Pour moi je l'ai observée dans la barbe, les moustaches et les sourcils avec la même fréquence, dans des occasions que je signale tout de suite pour y revenir encore plus tard, c'est dans une forme d'alopécie qualifiée jusqu'à présent de la dénomination de *pelade achromateuse* et que de nouvelles recherches sépareront sans doute bientôt définitivement du groupe encore mal étudié des pelades. Comme la *tricoptilose* d'ailleurs, je l'ai également vue seule.

La cause de cette lésion, suivant l'auteur allemand, est que l'extrémité du cheveu ne recevant plus aucun liquide par l'intermédiaire de la moelle, en raison de son éloignement de la pulpe, devient sèche et finalement se fend par le fait de l'émiettement de son tissu conjonctif. Ceci est possible.

Le poil simplement fendu est dépourvu de renflements et présente plusieurs divisions qui ont à peu près le même diamètre, la même longueur, la même solidité. Les divisions nombreuses, inégales, s'arrachant facilement appartiennent sans conteste à la *tricoptilose*. Dans cette dernière affection, comme nous le verrons plus loin, l'adhérence du cheveu dans son follicule m'a toujours paru moindre qu'à l'état normal, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans la simple scissure, au moins dans celle qui n'est pas en rapport avec la pelade. Ce ne serait alors qu'une sorte de désagrégation sénile affectant une seule extrémité pileuse qui n'est plus nourrie.

Ainsi j'établis deux sortes de *scissura pilorum* qui, à tout prendre, n'en doivent former qu'une seule, à savoir

celle qui ne s'accompagne jamais de pelade et celle qui la précède, l'accompagne ou lui succède. La seule différence fondamentale est le peu d'adhérence des poils dans la dernière variété et leur décoloration fréquente. Dans le premier cas, l'atrophie reste limitée à une lésion d'un faible degré; dans le second, elle progresse et s'aggrave. Je reviendrai sur ce point.

Pour compléter l'énumération des lésions qu'on peut rencontrer sur le poil atteint de *tricoptilose*, j'ajouterai que souvent, au lieu qu'une rupture se fasse au niveau du renflement, l'adhérence suivant la longueur continue d'exister, tandis que les différentes couches se séparent suivant l'épaisseur. Alors les deux extrémités gardent leur apparence normale et la partie moyenne est formée d'un paquet de filaments qui donnent au poil un aspect fusiforme, jusqu'à ce que, se rompant à diverses hauteurs, ils le fassent ressembler à une plume, ou, se rompant toutes au même niveau, à un balai.

Quand on examine les poils malades encore adhérents à la peau et mêlés au milieu des poils sains, on remarque que tous sont couverts d'une multitude de squames épidermiques qui dénotent l'existence d'un pityriasis de la barbe ou des cheveux. En effet il s'agit là d'un pityriasis et non d'une affection souvent confondue avec lui, d'une acné sébacée. Dans la *tricoptilose*, la sécrétion sébacée est nulle ou presque nulle, c'est une des indications les mieux établies de l'usage des pommades.

Le pityriasis m'a paru sinon habituel, du moins fréquent.

La couleur des poils est généralement peu changée; ils sont ternes et, d'une manière générale, examinés en bloc, paraissent malades, mais la coloration propre reste la même. A peine si à quelques endroits on trouve un poil dont la couleur tranche manifestement sur les voisins. Du

reste celui-là, nous le verrons tout à l'heure, présente ordinairement des lésions qui, si elles sont différentes de celles de la *tricoptilose*, se rencontrent cependant assez souvent avec elle pour qu'on ne les sépare pas. Les cheveux minces et décolorés absolument comme dans la pelade, lorsqu'on les rencontre réunis en masse, appartiennent à une autre génération, c'est une repousse dont la vigueur n'est pas grande encore, ce sont des poils de transition, faibles mais sains, et qui indiquent que le follicule a repris ses fonctions. Encore un peu de temps, et le poil repoussera avec sa couleur et son diamètre habituels.

Le poil est sec et, en raison même de cette sécheresse, se casse facilement. On ne doit pas confondre cette brisure, qui se fait assez régulièrement, avec celle qui dépend de l'existence des nodosités.

Celles-ci, par leur rupture, laissent à l'extrémité libre l'apparence d'un balai, ou bien le poil est épié.

Lorsqu'on saisit entre deux doigts une mèche de poils et qu'on tire assez fort, non pas pour l'arracher entièrement, mais pour enlever au moins les poils malades, on remarque que beaucoup se brisent à diverses hauteurs, que quelques-uns s'arrachent avec la racine, enfin que d'autres résistent. La cassure au niveau de la peau ne diffère en aucune façon de celle qui se fait dans toute la longueur du poil, mais, si elle se produit à la fois sur une large surface, elle peut faire confondre la *tricoptilose* avec la *trichophytie*. Il suffit d'indiquer ce fait, sur lequel, parlant à des dermatologistes, je n'insisterai pas.

La tonsure n'est pas régulière, elle est entremêlée de poils sains et forts, ceux qui sont cassés le sont à divers niveaux, ils sont épiés à l'œil nu, enfin ne renferment pas de spores. Je reviendrai sur cette dernière assertion.

Les poils qui s'enlèvent en entier avec la racine sont beaucoup moins adhérents que les poils sains. Ils présen-

tent souvent à l'extrémité papillaire un épaississement plus ou moins considérable, uniforme et venant se terminer peu à peu à un point quelconque de la longueur. En un mot, ils sont engaînés.

Une grande partie de la gaîne radiculaire ou revêtement épithélial superficiel de la paroi folliculaire est enlevée avec le poil et s'en sépare facilement par une légère traction. La racine est grosse et molle, et sa longueur, qui atteint quelquefois 5 millimètres et plus, démontre, ou que le follicule est situé très-profondément, ou que cette racine se contourne dans son intérieur par suite de quelque obstacle à sa sortie. Une disposition que j'ai souvent rencontrée, mais d'une manière très-restreinte, au milieu des poils atteints de *tricoptilose*, est celle-ci : le poil n'est plus enfoncé profondément dans le derme comme tout à l'heure, bien au contraire, le bulbe paraît être devenu absolument superficiel et intra-épidermique. La racine est en massue, courte et sèche, elle est plus adhérente qu'à l'état normal, son avulsion est douloureuse, et quelquefois donne lieu à l'écoulement d'une gouttelette de sang. Elle appartient alors à un poil le plus souvent décoloré, court, mince et non fendu. A proprement parler, ce n'est pas là de la *tricoptilose*, c'est une altération qui l'accompagne souvent, et qui est probablement de même nature.

L'arrachement avec la pince, lorsqu'on saisit le poil au niveau de la peau, produit souvent des ruptures et des écrasements comme dans la *trichophytie*.

Pour compléter l'anatomie pathologique, il reste à parler de l'examen microscopique des poils.

De quelque façon et par quelques réactifs qu'on traite le poil, il est absolument impossible d'y découvrir d'autre parasite que la spore décrite par M. Malassez qui, comme chacun sait, se trouve en quantités variables sur toutes les têtes et même, comme l'a montré M. Nyström, sur les fila-

ments des serviettes exposées à l'air. En raison de sa banalité, cette spore a reçu de M. Vidal le nom de *Torula vulgaris* qui, dans l'état actuel de nos connaissances, est le seul qui lui convienne. Quoi qu'il en soit, je n'insisterai pas sur cette spore qui, déposée sur le poil ou sur les lamelles pityriasiques qui l'entourent, n'a jamais été trouvée dans leur intérieur.

On retrouve au microscope sur le cheveu *ptiloïde* les mêmes lésions qu'à l'œil nu, et de plus, une altération qui, jusqu'à présent, n'appartenait qu'à la pelade. Je veux parler de l'altération de la substance médullaire où on trouve à divers endroits des solutions de continuité, des renflements, en un mot des irrégularités assurément plus considérables que dans le poil normal.

Dans la *scissura pilorum*, les filaments qui forment le balai paraissent constitués simplement par les couches superficielles du poil. Ils sont très-allongés et peu nombreux, toujours ils commencent à l'extrémité libre. Le renflement de la *trichorexis nodosa* paraît formé par la dissociation pure et simple des diverses couches constitutives du cheveu sur une petite étendue comme dans le *trichophiton*. Les interstices au lieu de renfermer des spores sont comblés par de l'air, de sorte qu'avant d'avoir chassé la bulle, la nodosité apparaît comme un point noir sous le microscope. L'air chassé, il devient impossible de différencier au milieu de ces filaments les parties élémentaires du poil. La moelle a-t-elle disparu ou s'est-elle fendue? je n'ai pu le savoir.

Sans doute, la présence de cette bulle d'air a inspiré à Beigel sa théorie d'un gaz faisant éclater le poil.

La racine est saine, elle est plus ou moins engaînée par un amas de cellules épidermiques.

La marche de la *tricoptilose* est chronique.

La barbe, où jusqu'à présent seulement je l'ai observée,

semble, selon l'expression d'Hebra, avoir été brûlée. Les poils sont cassés à des hauteurs inégales et éclatés. Cette altération est plus ou moins généralisée, mais, comme la pelade, elle affecte souvent de préférence certains endroits où elle se circonscrit, ce qui n'empêche pas qu'en dehors de ces places un grand nombre de poils disséminés ne soient également malades.

Le poil malade se casse ou s'arrache sous l'influence de la moindre traction. Le peigne en enlève une grande quantité. Celui qui est cassé continue à croître ; mais rarement, il me semble, il échappe à l'avulsion. C'est là un point obscur, d'ailleurs de peu d'importance. Celui qui est arraché repousse quelquefois absolument sain, d'autres fois, et le cas est fréquent, avec la même altération. Plusieurs avulsions successives sont en général nécessaires pour que le poil repousse sain. Enfin, dans beaucoup d'autres cas, il devient nécessaire de raser pour voir les poils reprendre leur état normal.

Je ne saurais dire ce que devient une telle affection abandonnée à elle-même. Elle me semble cependant à juste titre rangée par Hebra dans l'ordre des atrophies, et doit en conséquence produire une alopécie soit transitoire, soit quelquefois définitive. Cette altération diffère de celle de la pelade en ce qu'elle est disséminée. Les poils ne tombent pas par groupes, mais à différents endroits et deviennent clairsemés. C'est ce que j'ai cru observer une fois. Mais plusieurs fois aussi, j'ai vu une plaque très-nette de pelade se manifester dans un endroit où la *tricoptilose* s'était précédemment localisée.

Pour ce qui est de la *scissura pilorum,* je l'ai vue exister chez beaucoup de personnes et ne produire rien autre chose qu'un accroissement des poils en longueur. C'est encore dans la barbe et non dans les cheveux que j'ai pu l'étudier. Une fois, chez moi, j'ai pu prévoir à l'avance

l'apparition de plaques de pelade dans la barbe par la constatation de cette lésion jointe à la *tricoptilose* et absolument localisée. Voilà encore un fait nouveau que je signale. De même je l'ai observée sur des poils nouveaux repoussant après la pelade.

L'étiologie de la *tricoptilose*, affection peu étudiée, est nécessairement obscure. Dans les quelques cas qui m'ont été soumis, je n'ai pas trouvé la contagion qui, pour être affirmée d'une manière positive, demande de nouvelles observations. Les conditions individuelles ne m'ont jamais paru absolument mauvaises et capables d'engendrer l'anémie.

Je n'insisterai pas davantage sur des choses aussi profondément inconnues, et à propos desquelles aucune théorie ne saurait avoir de valeur. Je veux seulement dire quelques mots sur l'analogie que m'ont paru avoir la *trichorexis nodosa*, la *scissura pilorum* et l'*alopecia areata*, celle-ci désignant non la pelade en général, mot vague et désignation purement générique, mais une sorte d'alopécie qu'on est convenu de nommer *pelade achromateuse*.

Et encore, pour beaucoup d'observateurs, il y a à juste titre beaucoup de pelades achromateuses, ce qui signifie que sous ce nom on rassemble un certain nombre d'alopécies de même forme en apparence, et que, cependant, une étude approfondie doit arriver un jour à séparer, en leur trouvant des caractères différentiels. Or, je pense que dans certains cas, qui, à mon avis, ne sont pas les plus graves, la pelade achromateuse n'est qu'une alopécie dont la *tricoptilose* fait tous les frais et qui, par conséquent, doit, si de nouvelles observations me donnent raison, être complétement séparée du groupe confus des pelades.

Sur moi-même atteint tout à coup un jour d'une plaque de pelade achromateuse d'un diamètre de deux à trois centimètres, j'avais constaté depuis six à huit mois l'existence

d'une *tricoptilose* pour laquelle je n'avais fait d'autre traitement que l'épilation des poils atteints aussitôt que je les apercevais.

L'apparition d'une telle lésion me permit d'essayer, sans me raser, un traitement que M. Vidal emploie depuis longtemps à Saint-Louis, c'est-à-dire les frictions alternatives avec la teinture de cantharides et la pommade faite de graisses végétales et de turbith.

Aujourd'hui je considère la teinture de cantharides mitigée en proportions variables par l'alcoolat de romarin comme une substance vraiment utile, mais je reconnais qu'il n'en est pas de même du turbith, auquel j'ai renoncé. Je crois que le mercure et ses sels en applications topiques sont nuisibles aux poils, et je suis intimement convaincu qu'ils ne possèdent aucune influence antiparasitaire en tant qu'il s'agit des champignons parasites de l'homme. La graisse seule, de quelque nature qu'elle soit, rend des services en remédiant à la sécheresse des poils, en leur donnant plus de souplesse et en s'opposant à la production pityriasique qui accompagne l'altération des poils voisins.

La plaque prit bientôt un aspect satisfaisant avec ces moyens et la *tricoptilose* du reste de la barbe disparut pour laisser à sa place la *scissura pilorum* la plus nette et la plus caractérisée que j'aie vue. Cette lésion elle-même finit par se circonscrire assez exactement à plusieurs points : en premier lieu, sur les poils qui repoussaient ; en second lieu, sur ceux qui étaient sur le point de tomber pour former de nouvelles plaques. Le rapport est évident par suite de cette localisation.

J'ajouterai encore que, désireux de trouver dans la pelade le champignon signalé, décrit et figuré par tant d'auteurs qu'on pourrait croire convaincus, j'ai fait sur les cheveux des malades atteints un grand nombre de recherches. Or, voici les résultats les plus curieux auxquels je suis arrivé.

Un grand nombre de poils, soit des sourcils, soit de la barbe, s'il s'agit de la pelade du cuir chevelu, sont devenus infiniment moins adhérents qu'à l'état normal, fait déjà connu et qui indique la généralisation de l'affection du système pileux; mais de plus, au microscope, ils présentent çà et là des renflements petits, rudimentaires, formés par la dissociation des couches extérieures du poil, changées en filaments et ayant l'aspect de deux bouquets conoïdes opposés par leurs bases qui s'enlacent. Ceci touche de bien près à la *tricoptilose*, et vraiment le petit volume seul des renflements pourrait empêcher de se servir de ce nom. Naturellement le poil se casse à cet endroit avec la plus grande facilité et alors l'extrémité libre forme le balai. Quelquefois, sur les mêmes poils ainsi atteints et non encore cassés, j'ai rencontré une scissure de l'extrémité en pointe. La même lésion avec les mêmes caractères s'est retrouvée exactement semblable, identique sur les poils décolorés, transitoires des pelades achromateuses en réparation.

Il résulte pour moi de la concomitance ou de l'alternance de ces lésions, *pelade*, *scissure des poils* et *tricoptilose*, que entre elles également existe un lien, une parenté qui font qu'on doit les considérer, non-seulement comme produites par la même cause, mais comme des altérations de nature semblable. Peut-être n'y a-t-il là que des degrés de la même maladie : atrophie des poils par défaut de nutrition, alopécie de nature spéciale, dont la *tricoptilose* est le premier. Sans doute le processus peut s'arrêter là, M. Devergie cite l'observation d'une dame atteinte de *tricoptilose* des cheveux et ne parle pas de la pelade. J'en ai également observé plusieurs exemples dans la barbe. La scissure des poils qui présente des signes un peu différents est une lésion analogue, de même nature, quoique méritant un nom spécial à cause de la constance de ses caractères.

La pelade achromateuse très-circonscrite, comme je l'ai vue jusqu'à présent, serait le degré le plus avancé de cette atrophie et enfin l'état normal ne reparaîtrait qu'après une nouvelle phase où on constaterait de nouveau l'existence d'une *tricoptilose* de retour, l'analogue dans son genre du *rhoncus crepitans redux* qui annonce la prochaine disparition de l'exsudat pneumonique. Encore une fois la pelade décalvante n'est pas ici en jeu, je la crois d'une autre nature que l'achromateuse.

Telle est l'opinion que je me suis faite à la suite de ma propre observation et d'examens réitérés de poils chez des sujets atteints de pelade. Assurément de nouveaux faits sont nécessaires pour édifier cette théorie sur un fondement solide. Mais personne ne pourra nier que, quelle que soit l'hypothèse qu'on adopte sur la nature de la pelade, qu'on en fasse une affection parasitaire ou atrophique, cette idée ne doive être étudiée : car, dans les deux cas, soit au point de vue du traitement de la pelade, soit au point de vue de la science pure, elle ne peut que donner, si elle est reconnue exacte, des résultats féconds.

La seule conclusion que je veuille donner à ce travail est celle-ci :

Il est nécessaire de séparer du groupe des pelades une alopécie dont le premier degré est la *tricoptilose* ou la *scissura pilorum*, lésions analogues, et le degré ultime la calvitie transitoire, quelquefois définitive, localisée, et, à mon avis, souvent aussi disséminée, quoique alors méconnue, et d'en faire, commençant ainsi le démembrement de la pelade, une affection distincte, laquelle s'appellera *tricoptilose*, d'après M. Littré.

V

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ORIGINE DES TACHES OMBRÉES, par le Dr J. Moursou, médecin de première classe de la marine.

I

Dans le courant de l'année 1868, pendant que je suivais les leçons d'un maître bien regretté de l'Ecole de Toulon, le Dr Falot, je remarquais avec quelques-uns de mes camarades la coïncidence des taches ombrées avec les poux du pubis. Le Dr Falot pensa qu'entre ces deux ordres de phénomènes pouvait exister une relation de cause à effet et nous engagea à vérifier la justesse de cette hypothèse par une observation suivie. Le temps est venu pleinement donner raison à la parole du maître : car, depuis cette époque, il n'a été donné à aucun de ses élèves d'observer un seul cas de malades ayant des taches ombrées sans constater en même temps l'existence des poux du pubis.

L'explication de cette étrange relation était difficile à donner, parce que tous les individus porteurs de poux du pubis ne semblaient pas avoir des taches ombrées. Si d'un côté l'observation montrait l'exactitude de cette relation, de l'autre elle semblait l'annihiler. Les auteurs, tous muets sur cette coïncidence, ne pouvaient servir à l'éclairer, chacun d'eux ayant une opinion différente sur la nature des taches ombrées. Ainsi, pour quelques-uns, pour Castan

par exemple (Traité élémentaire des fièvres), les taches ombrées seraient la suite de l'évolution des *taches rosées;* elles ne seraient pas d'ailleurs les mêmes que les *taches bleues* de Trousseau. Pour d'autres auteurs (Forget, Racle, etc.), ces taches ne seraient qu'une ecchymose, une *suffusion sanguine*, dépendant comme les pétéchies d'une *altération du sang* (Forget, *Entérite folliculeuse*, p. 26, 1841) ou une *sécrétion pigmentaire* (Monneret, *Path. interne*, p. 253, t. III).

La même incertitude se retrouve dans leurs écrits à propos de leur fréquence dans les maladies, de leur siége dans les différentes parties du corps, de leur moment d'apparition et de résolution, et de leur valeur comme signe pronostic.

L'opinion générale qui se dégage toutefois de la lecture de leurs travaux est que les taches ombrées existent dans des maladies très-dissemblables, mais plus particulièrement dans les *fièvres typhoïdes légères*, et surtout dans les *fièvres bilieuses*, les *synoques des anciens*. Le fait est à retenir pour les recherches qui vont suivre.

Delioux de Savignac et Monneret sont, à ma connaissance, les auteurs modernes qui se sont occupés de la façon la plus sérieuse et la plus étendue de ce point de pathologie. Pour ce dernier (*loc. cit.*, p. 252) les taches ombrées « occupent de préférence la partie antéro-latérale du ventre, les flancs, les fosses iliaques, la base de la poitrine. On les trouve souvent sur la partie antérieure de la cuisse et dans l'aine, sur le tronc, les fesses et même les membres, quoique plus rarement.»

Monneret les a étudiées au microscope, soit en pratiquant sur la peau de légères coupes au point où elles se trouvaient, soit en détachant l'épiderme par des vésicatoires. Je transcris ici le résultat de ses recherches : « La peau est saine, non tuméfiée; les taches ne s'effacent pas

à la pression ; elles paraissent résider dans le corps muqueux et ne ressemblent ni à des pétéchies ni à des ecchymoses. Par conséquent, elles paraissent dépendre plutôt d'une sécrétion pigmentaire que d'une hémorrhagie. Elles se montrent de bonne heure, ordinairemeut dans les formes gastriques intenses et bilieuses, en l'absence de tout symptôme typhoïde; elles ne disparaissent pas avant six ou huit jours et ne laissent aucune trace de leur passage. »(1)

Ces résultats, qui viendront dans un moment à l'appui de mes recherches, n'apprennent rien sur la coïncidence signalée plus haut. Quelle peut en être la cause? cette demande est restée pendant bien longtemps pour moi sans réponse, aucune solution ne me paraissant acceptable. Le sourire venait aux lèvres de ceux à qui j'indiquais cette coïncidence, et je n'étais conduit à garder une croyance de cause à effet entre ces deux phénomènes qu'en ramenant constamment mon esprit à cette donnée, reconnue toujours *vraie* par les médecins au fait de la question et par moi, que : *chaque fois qu'il y a des taches ombrées, il y a des poux du pubis ou des œufs de ces poux.*

Une objection, plutôt morale que basée sur l'observation, m'a été faite par un de mes maîtres, le professeur Cuneo, d'ailleurs parfaitement édifié sur la réalité de la coïncidence sus-indiquée par des recherches faites sur les malades de sa salle (2). Ce professeur m'a fait remarquer que les taches ombrées se trouvaient chez des jeunes filles pures, de bonne famille, chez qui l'on ne pouvait supposer une infection parasitaire par contact. Il me semble qu'il n'y a pas là de quoi renverser un fait reconnu vrai ailleurs, et, en attendant que l'observation des médecins appelés à

(1) Le lavage ne les fait pas disparaître; elles pâlissent seulement un peu. Dans un cas, elles avaient disparu après 12 jours d'observation.

(2) Cette objection m'a encore été faite par M. le professeur Gubler.

soigner ces jeunes filles ait levé tous les doutes à ce sujet, on peut donner du fait une explication qui n'entache en rien leur honneur. Il suffira, par exemple, d'admettre une infection accidentelle par un ou plusieurs de ces parasites égarés sur un fauteuil ou un autre point servant à l'usage journalier de personnes différentes. Quant à moi, j'ai vu retirer dans un vagon de première classe à un médecin, complétement privé jusque-là de ce genre d'habitants sur sa personne, un pou du pubis, venu s'implanter dans les cils de la paupière supérieure, manifestant sa présence par une gêne subite dans le champ de la vision.

II

Je donnerai dans le cours de ce travail le résultat de mes observations personnelles poursuivies pendant une période de *neuf années* environ, m'appuyant parfois sur le témoignage des élèves du Dr Falot qui ont eu leur part dans la découverte (Drs Jacquemin, Gazet, Fricker, etc.) ou sur celui de mes confrères de la marine qui ont pu en vérifier l'exactitude (Drs Normand, Dutoyat de Kergaradec, professeur Cuneo, etc.).

Je commencerai par exposer mes recherches faites sur les malades ayant des taches ombrées, puis je passerai à l'étude des hommes sains porteurs de poux du pubis.

Comme Monneret et d'autres auteurs, j'ai trouvé les taches ombrées plus fréquemment dans les fièvres typhoïdes légères et dans les fièvres synoques. Comme lui, je ne leur ai pas vu apporter un élément de gravité à la maladie, bien que je les aie rencontrées dans les états typhoïdes les plus graves. Souvent même des malades sans fièvre aucune ou des blessés sans réaction fébrile les ont présentées.

Mes observations s'élèvent au chiffre de 250 environ. Ce chiffre doit être même plus considérable depuis mon embarquement à bord du vaisseau canonnier.

J'ai retrouvé ces taches sous toutes les latitudes, toujours accompagnées de poux du pubis, en France (Toulon, Brest, Lorient, Cherbourg), dans une campagne des mers de Chine et du Japon, en Cochinchine, à la Guyane.

Voici quelques exemples des cas de maladies où elles ont été observées :

Fièvres typhoïdes (en France). Nombreux cas.

Fièvres synoques, embarras gastriques fébriles (surtout en France). Nombreux cas.

Fièvres jaunes avec vomissements noirs (1 cas, mort) (à l'hôpital des îles du Salut à la Guyane). Deux cas.

Pleurésie aiguë gauche avec épanchement (à l'hôpital de Brest). Un cas.

Pneumonie franche droite (à l'hôpital de Brest). Un cas.

Orchite simple chez un officier, avec fièvre légère (Toulon). Un cas.

Fracture de la jambe sans fièvre (salle 5, Toulon). Un cas.

Diarrhée et dysenterie chroniques de Cochinchine sans fièvre (hôpitaux de Toulon, de Saint-Mandrier à Toulon, de Brest). Plusieurs cas.

Dans tous ces divers cas, les taches ombrées coïncidaient constamment avec les poux du pubis et avec leurs œufs.

J'ajouterai en passant, devant en parler plus loin plus longuement, qu'à la prison maritime de Toulon et à bord du vaisseau-école des canonniers *le Souverain*, j'ai constaté chez un très-grand nombre d'hommes bien portants des taches ombrées existant simultanément avec des poux du pubis.

Ces recherches cliniques prouvent, à moins que mes col-

lègues et moi n'ayons été le jouet d'une série malheureuse de coïncidences, qu'il doit y avoir une relation forcée entre les taches ombrées et les poux du pubis. — Elles prouvent aussi que les taches ombrées ne sont la caractéristique d'aucune maladie. — Si on les trouve plus souvent avec de légers embarras gastriques fébriles, avec des fièvres synoques et des fièvres typhoïdes, c'est le fait d'un examen clinique poussé plus loin dans ces maladies, examen nécessaire au diagnostic différentiel. Chez ces sortes de malades, le médecin a plus particulièrement son attention portée sur la paroi du ventre, siége habituel de ces taches par suite du voisinage des poux du pubis, leur foyer de prédilection.

III

Mes recherches sur le siége de ces taches à la surface du corps confirment encore celles de Monneret. Comme lui, j'ai pu voir qu'elles occupaient de préférence la partie antéro-latérale du ventre, les flancs, les fosses iliaques, la base de la poitrine, souvent aussi la partie antérieure de la cuisse et de l'aine, le tronc, les fesses, et même les membres, quoique plus rarement. Mais Monneret n'explique pas pourquoi on les trouve plus souvent dans un lieu que dans un autre et pourquoi dans certains autres points du corps elles n'existent jamais. Par la relation de cause à effet de ces parasites avec les taches ombrées, il est facile de donner une explication de ces variations de siége.

Il y a d'abord à tenir compte de l'état de la peau dans les différentes parties du corps : plus la peau sera fine, plutôt elle sera le siége des taches ombrées. Ainsi on les voit plus souvent aux parties internes des membres qu'aux

parties externes, plus fréquemment encore à l'abdomen et à la partie antérieure de la poitrine qu'aux dos et aux lombes, plus réitérées aux lombes qu'au dos. Les individus qui durant toute une saison d'hiver se privent des bains de propreté, ou encore les travailleurs qui par la nature de leurs travaux sont exposés à avoir leur corps recouvert d'un enduit malpropre, portent fort peu de ces taches; on ne les observe alors que sur les parties qui, par leurs positions (plis des articulations, faces internes des membres), sont plus particulièrement à l'abri des poussières venues du dehors.

Il importe, en outre, de tenir compte des conditions topographiques des poils. On sait (*V.* Anat. de Beaunis et Bouchard) que les poils du corps ne sont pas jetés indifféremment sur sa surface. Un certain ordre préside à leur mode d'implantation et à leur direction, qui se fait suivant des lignes courbes régulières, constituant des espèces de *courants*. Rappelons que les *courants divergents* partent de *points centraux* ou *tourbillons* (creux de l'aisselle, pli de l'aine, dos du pied et de la main), et que les *courants convergents* vont se réunir dans d'autres tourbillons (olécrâne, ombilic, racine du pénis, coccyx). Les *lignes nodales* sont les points de rencontre de deux tourbillons; la plus importante se trouve sur les parties antérieures et latérales du tronc et va verticalement du tourbillon inguinal au tourbillon axillaire. Les *croix* qui sont le point de rencontre de deux lignes nodales existent sur la ligne médiane (sternum, hypogastre), sur les parties latérales (aux lombes), sur les extrémités (épaule, avant-bras, jambe).— Telle serait surtout chez le fœtus et chez l'homme abondamment fourni par la nature de poils leur distribution topographique. Le plan général persiste toujours, même lorsque la peau est presque glabre. En ce cas, les tourbillons convergents et divergents ne subissent aucun amoin-

drissement ; seules, les lignes nodales ou les croix, points de rencontre des tourbillons voisins, disparaissent et les zones de convergence ou de divergence occupent une surface du corps moins considérable.

Les taches ombrées ne se montrent pas en général dans une zone de poils convergents ou divergents, ni dans un tourbillon. L'abondance des poils dans un point donné du corps semble être un obstacle à leur présence (je ne parle pas ici des poils de troisième ordre, ce qu'on appelle le duvet). On les rencontrera toujours pour les membres, pour les fesses et pour le corps à la limite de ces zones, là où les poils sont le plus clair-semés ou dans leur intervalle, aux surfaces qui correspondent aux lignes nodales et aux croix, autour desquelles la peau est le plus souvent glabre, si elle ne l'est pas aux points correspondants. En général, les taches ombrées rayonnent autour des tourbillons de l'aisselle et de l'aine et autour des zones de poils (croix) de la poitrine et de l'abdomen. Elles marquent, pour ainsi dire, les traces du passage des poux d'une zone à l'autre. Ainsi, par exemple : si la peau de l'abdomen est sans poils et si l'on trouve des poux dans l'aine et dans l'aisselle, la ligne nodale allant de ces deux tourbillons, qui est en même temps la distance la plus courte de l'aine à l'aisselle (centres d'agglomération de ces parasites), sera couverte de taches ombrées. La réciproque est le plus souvent vraie : si l'on ne trouve pas des taches ombrées à la partie supérieure de l'abdomen et à la partie antérieure de la poitrine, on a beaucoup de chances pour ne pas avoir de poux dans l'aisselle.

Si les poux sont localisés de préférence dans un tourbillon ou une zone de poils, les taches ombrées seront à la périphérie indiquant leur sortie de leur lieu de réunion.

Si cette zone existe au pli d'une articulation, les taches ombrées pourront être disséminées sur la partie opposée,

indiquant pour ainsi dire le trajet autour du membre de ces parasites pour revenir à leur point de départ.

Les figures suivantes compléteront facilement ces données.

J'ai recherché si le tempérament, la couleur des cheveux, des yeux, avaient une influence quelconque. Mes résultats ne sont pas assez nombreux pour être donnés; l'idée de ce genre de recherches m'est venue trop tard et est d'ailleurs tout à fait secondaire.

L'état de finesse de la peau a une importance plus grande : ainsi chez les jeunes personnes blondes, à tempérament lymphatiques, on remarque une plus grande abondance relative de taches.

La figure 5 représente un cas venant assez bien à l'appui de ma manière de voir :

Au niveau du creux deltoïdien sur la partie externe de l'épaule se trouvent cinq à six taches ombrées rayonnant autour d'un poil assez fin, porteur d'un œuf (la figure est grossie dans quelques-uns de ses éléments). Le travail d'un de ces animaux nous semble avoir laissé dans cette occasion une preuve réelle de son existence et de son rôle dans l'origine des taches ombrées. J'ai retrouvé cette disposition deux ou trois fois, mais la tache d'où partait le poil porteur de l'œuf était unique.

Le docteur Coquiard, médecin de la marine, m'a communiqué l'expérience suivante à l'appui de la précédente observation :

« Dans le service de M. le professeur Cuneo, à la salle 13, de l'hôpital de Saint-Mandrier, j'ai eu l'occasion d'observer sur l'abdomen d'un malade atteint d'embarras gastrique des taches ombrées très-caractéristiques coïncidant avec la présence des pediculi. Sur la paroi abdominale dépourvue de poils, on remarqua à la visite du matin un pediculus adulte isolé qui fut laissé à dessein au point

où il fut trouvé, après avoir toutefois relevé sa place à l'aide d'un crayon au nitrate d'argent. Le lendemain matin, au même point, on constatait une tache ombrée très-nette de presque un centimètre de diamètre : »

J'ai moi-même pu vérifier l'exactitude du rapport des taches ombrées avec la présence des pediculi par les expériences suivantes, faites dans un autre but.

Sur des hommes bien portants du vaisseau *le Souverain*, présentant des taches ombrées avec poux du pubis, j'ai lavé avec une certaine force, l'extrémité de mon doigt recouverte d'une compresse largement trempée dans l'alcool à 80°, une superficie de peau contenant plusieurs taches ombrées ; j'ai même pris pour quelques-unes de ces taches des points de repère destinés à reconnaître leurs positions, et j'ai constaté :

Que le frottement avec de l'alcool concentré avait amené une rougeur de la peau, beaucoup plus prononcée aux points où étaient les taches par suite de la dilatation des capillaires; que la teinte ombrée avait légèrement pâli, mais sans disparaître, car le lendemain on la retrouvait, toutefois moins évidente, ce qui semblerait prouver sa diffusion assez profonde dans le derme cutané ;

Qu'au milieu des taches ombrées, pour quelques-unes et non pour toutes, l'alcool avait fait apparaître un ou plusieurs points rouges, indiquant des piqûres dues sans aucun doute aux pediculi. Deux de ces piqûres étaient dans une tache, vers son centre (fig. 6), éloignées l'une de l'autre d'un peu moins d'un millimètre et demi, circonstance dénotant en ce point, il me semble, le passage de deux parasites ou deux piqûres successives d'un seul (la tache avait été parfaitement relevée avant l'opération). L'expérience a été répétée plusieurs fois chez différents hommes, faisant la plupart du temps retrouver ces piqûres (Expé-

riences faites devant les médecins de la marine MM. Coquiard, Cauvin, Fiolle).

Si ces piqûres n'indiquent pas forcément qu'elles soient la cause des taches ombrées, elles prouvent tout au moins leur relation avec les pediculi, à moins de supposer de ma part une erreur grossière dans les faits, due à mon imagination. Nous discuterons plus loin quel peut être ce mode de relation.

L'observation suivante est intéressante au point de vue qui nous occupe :

Observation I. — Leconte, âgé de 24 ans, artilleur, revient de Cochinchine ; il s'est aperçu à Aden, 10 octobre 1876, de la présence sur lui des poux du pubis ; aussitôt après, application d'onguent mercuriel, mais au pubis seulement. Le 15 novembre, je constate dans cette région quelques poux avec de nombreux œufs; mais aux aisselles, qui avaient échappé à l'onguent mercuriel, je trouve beaucoup de jeunes poux et quelques adultes. Les taches ombrées existent sur la poitrine, le ventre, les cuisses, le dos, les fesses, les bras, affectant la limite des zones de poils et de leurs tourbillons. Seulement, fait remarquable, les taches ombrées sont plus nombreuses du côté droit, près de l'aisselle où sont les poux les plus adultes. Ce malade était atteint de diarrhée chronique de Cochinchine avec léger état fébrile

Obs. II, fig. 3. — Merle, âgé de 25 ans, matelot, venant de la frégate *la Provence*, où il n'avait aucun pou du pubis, passe 19 jours dans la prison maritime, foyer d'infection de ces parasites ; puis il vient réclamer mes soins, se disant infecté depuis 7 à 8 jours. Pas de poux à l'aisselle et à la poitrine, qui ont très-peu de poils, mais je trouve de jeunes pediculi au pubis, dont les zones de poils descendent jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

C'est même dans cette région, à la fin de cette zone, au côté interne de la cuisse droite, qu'on constate 10 à 12 taches ombrées. La peau du corps est très-écailleuse sur le ventre et sur les autres parties du corps, à l'exception de la partie interne des cuisses, là où sont signalées les taches. Cette particularité de la peau dans toutes les autres régions du corps semblerait expliquer l'absence de poux sur le ventre.

Je pourrais joindre beaucoup d'autres observations à ces deux dernières, mais sans profit pour l'évidence des faits mis au jour dans les lignes précédentes. D'ailleurs on trouvera plus loin quelques nouvelles observations, données à un autre point de vue, qui compléteront celles-ci.

IV

Suivant l'exemple de Monneret, j'ai enlevé sur des malades, avec un bistouri, de très-petits lambeaux de peau portant à la fois sur les taches ombrées et sur les parties saines environnantes, de façon à pouvoir comparer les deux parties. M. le pharmacien professeur Bavay a bien voulu examiner au microscope quelques-uns de ces lambeaux. Ces examens ne lui ont rien appris ; il n'a trouvé aucun granule coloré pouvant indiquer une pigmentation ou une suffusion sanguine, aucune algue microscopique pouvant être l'indice d'une moisissure analogue à celle des suppurations bleues par exemple. Monneret, lui aussi, on se le rappelle, n'avait rien vu de particulier ; moi-même, j'ai bien cherché sans rien trouver.

D'un autre côté, conformément aux conseils du professeur Bavay, j'ai appliqué sur un certain nombre de ces taches des compresses pliées en plusieurs doubles imbibées de borate de soude ; les alcalins sont, comme on le sait, un

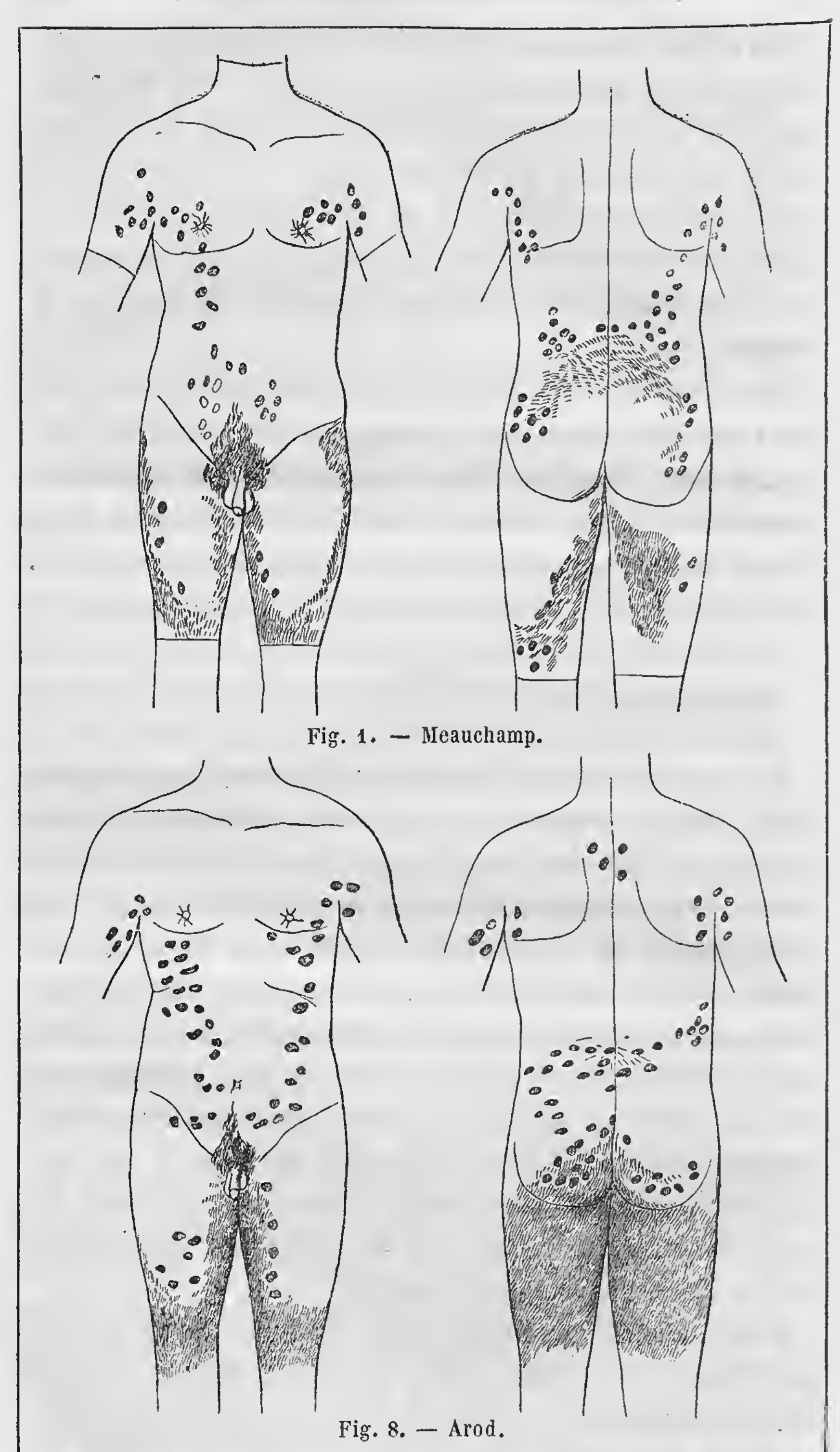


Fig. 1. — Meauchamp.

Fig. 8. — Arod.

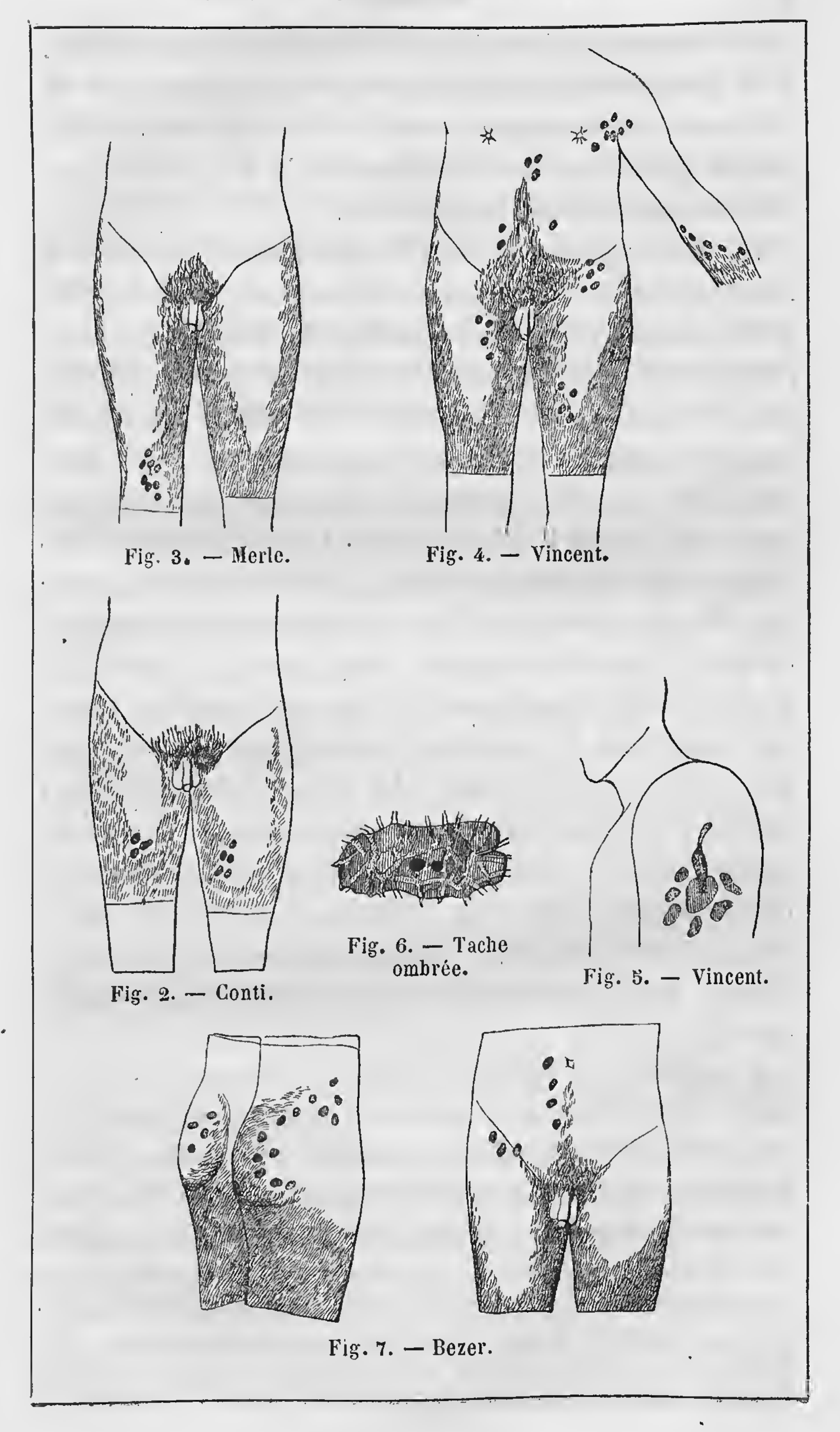


Fig. 3. — Merle.

Fig. 4. — Vincent.

Fig. 2. — Conti.

Fig. 6. — Tache ombrée.

Fig. 5. — Vincent.

Fig. 7. — Bezer.

milieu défavorable à la vie des végétations microscopiques. A la suite de cette application prolongée pendant plus de 24 heures, la compresse étant recouverte d'un taffetas gommé pour empêcher l'évaporation, je n'ai observé aucun changement dans la coloration.

J'ai pensé alors à employer les décolorants, le chlore et l'acide sulfureux. Chez le nommé Leconte, atteint de diarrhée de Cochinchine, dont l'observation a été donnée plus haut, j'ai appliqué à la visite du soir une compresse imbibée d'hypochlorite de soude recouverte de taffetas gommé, sur un certain nombre de ces taches, et dans un autre point présentant une même confluence de taches une autre compresse imbibée de borate de soude. Les taches recouvertes de la solution chlorurée avaient, le lendemain matin, presque disparu, tandis que celles recouvertes de la solution alcaline n'avaient subi aucun changement de teinte. J'ai pratiqué alors immédiatement sur ces dernières taches une application de solution chlorurée, qui les avait fait disparaître le soir même (1). Ce même malade présentait sur son corps une légère ecchymose, suite de contusion, qui par l'emploi de la solution chlorurée ne subit aucun changement de coloration. Pendant ce temps, les autres taches ombrées du corps, non soumises aux mêmes expériences, avaient conservé toute leur intensité de coloration ombrée.

L'emploi de la solution chlorurée provoquant une irritation marquée de la peau au point où elle était appliquée, j'ai pensé que l'imbibition consécutive à cet afflux irritatif pouvait avoir une part dans la disparition de la coloration ombrée. Une application de papier Rigollot m'a, en effet,

(1) Peut-être, avec M. Gubler, faudrait-il voir dans cette décoloration par l'hypochlorite de soude et par l'alcool une opalescence plus prononcée des épithéliums du derme, due à la coagulation de l'albumine entrant dans leur composition.

prouvé que ces taches pâlissaient un peu sous son influence, mais il y avait loin de là à la décoloration produite par la solution de chlore.

Pour que cette solution chlorurée ait toute son action décolorante, il faut qu'elle soit fraîchement faite ; avec une solution plus ou moins vieille, les résultats seraient moins nets.

A la salle 17 de l'hôpital de Saint-Mandrier, M. l'aide-médecin Toureins a bien voulu recueillir les deux observations suivantes que je transcris ici :

Obs. III. — A..., matelot, est atteint depuis une vingtaine de jours environ d'adénite crurale avec poux du pubis sur tout le corps. Les taches ombrées sont répandues en assez grand nombre sur la moitié supérieure de la face antéro-interne des deux cuisses. On délimite au moyen d'un crayon de nitrate d'argent un carré de 10 centimètres de côté sur la cuisse gauche et on y applique une compresse pliée en quatre doubles, trempée dans une solution d'hypochlorite de soude recouverte de taffetas gommé. La compresse reste appliquée pendant 24 heures et dans cet intervalle on a soin de l'imbiber quatre fois de la solution chlorurée. Lorsqu'on enlève le pansement, on ne distingue plus qu'avec peine les taches ombrées (de couleur très-foncée, avant), surtout si l'on compare le côté avec lequel on a fait l'expérience avec le côté correspondant où à dessein l'on n'a pas touché. Le surlendemain, c'est-à-dire 48 heures après, tout avait disparu.

Obs. IV. — B..., quartier-maître, affecté de blennorrhagie, a des taches ombrées et des poux du pubis. Ces taches sont peu confluentes, très-larges, s'étendant sur la moitié de la face antérieure des deux cuisses jusque sous l'aisselle, en passant de l'épine iliaque antéro-supérieure au devant de l'ombilic et à la partie externe du mamelon. Les poils sont

très-rares et clair-semés. On fait sur ce sujet la même expérience que sur le précédent, aux mêmes lieux et dans les mêmes conditions, et on obtient un résultat identique de décoloration.

Sur ce même malade, j'ai voulu essayer de l'action décolorante de l'acide sulfureux. Pour cela, j'ai imbibé d'eau plusieurs taches et à l'aide d'un cornet ouvert à ses deux extrémités, à la base duquel du soufre brûlait sur une pelle, j'ai fait dégager pendant un certain temps sur ces taches de l'acide sulfureux, sans observer un changement de décoloration. Cette expérience est trop imparfaite pour avoir une valeur dans la question qui m'occupe.

Ajoutons que le lavage avec de l'alcool à 80° ou avec du savon, aidé du frottement, n'a pas fait disparaître la tache ombrée, mais l'a seulement rendue un peu plus pâle.

V

Dans le cours de ces études, le hasard m'a placé, avec le titre de médecin-prévôt, à la tête du service médical de la prison maritime du port de Toulon, où beaucoup d'hommes non malades, porteurs de poux du pubis, se présentaient à mon observation, venant réclamer de l'onguent mercuriel pour leur disparition. Par une inspection minutieuse du corps, je recherchais chez tous si je ne trouverais pas avec les poux du pubis les taches ombrées. Il me fallait vérifier si la loi de coïncidence signalée plus haut se trouvait partout vraie. La première proposition : « *Chaque fois qu'il y a des taches ombrées, il y a des poux du pubis,* » étant amplement certaine à mes yeux, restait à savoir si la deuxième : « *Les poux du pubis coexistent toujours avec des taches ombrées,* » serait aussi exacte.

Je le dis tout de suite : chez beaucoup d'hommes, cette

seconde proposition ne se trouva pas vraie, mais elle se vérifia dans une quinzaine de cas chez des hommes bien portants. Mon attention ne fut pas d'abord poussée plus loin chez les hommes qui n'offraient pas la coexistence signalée chez d'autres. Plus tard, je crus remarquer que cette absence de taches ombrées chez eux tenait au petit nombre de jours de ces parasites sur leur corps (1).

Presque tous les hommes qui me présentèrent à cette époque des poux du pubis provenaient de la salle d'arrêts; ils étaient punis disciplinairement, à leur corps, d'un ou deux mois de prison par l'autorité supérieure. La majorité, pour ne pas dire tous, se composait de mauvais sujets fréquentant en général les lieux où pullulent ces parasites. Avec le temps, ils avaient infecté la salle d'arrêts au point qu'après un certain nombre de jours presque tous venaient me trouver pour me prier de les débarrasser de ces hôtes incommodes.

Voici l'énumération de quelques cas où les parasites ont été suivis de taches et où il a été possible d'affirmer qu'avant l'arrivée à la prison les hommes étaient exempts de leur infection :

1. Desolmé, en prison depuis		20 jours.				
2. Meauchamp,	—	21	—	démangeaisons depuis	15 j.	
3. Conti,	—	26	—	—	8	
4. Moreau,	—	43	—	—	8	
5. Merle,	—	19	—	—	8	
6. Vincent,	—	45	—	—	6	
7. Lemarchand,	—	20	—	—	»	
8. Arod,	—	22	—	—	»	
9. Morin,	—	30	—	—	15	
10. Clapot,	—	30	—	—	15	
11. Colet,	—	12	—	—	»	
	Moyenne...	26 jours.		Moyenne...	11 j.	

(1) Ce travail était fait lorsque j'ai été embarqué comme médecin-major du vaisseau canonnier *le Souverain* avec un équipage de 1,200 hommes, dont le tiers se renouvelle tous les quatre mois et où j'ai retrouvé sur la plus large échelle la constance des poux du pubis avec les taches ombrées; mais il fallait pour cela que le parasitisme remontât au moins à un mois environ.

Cette énumération montre que c'est en général dans le courant de la troisième semaine après leur entrée à la prison que les taches ombrées ont été constatées, du 12e au 45e jour, en prenant les chiffres extrêmes. Avant le 12e jour, je n'ai jamais constaté les taches. Si donc un phénomène physiologique préside chez ces poux à l'apparition de ces taches, il ne se montre pas avant 12 jours, ou, si l'on veut, il met 12 jours au minimum pour évoluer, en moyenne 26 jours, au maximum 45 jours. Ces derniers chiffres représentent les chiffres du nombre de jours depuis le commencement de l'incarcération, mais n'indiquent pas forcément le nombre de jours d'infection parasitaire, qui peut être bien moindre, mais jamais moins de 12 jours. Ce dernier chiffre se rapprocherait fort en effet de la moyenne des jours de démangeaisons indiquée par les hommes, qui est de 11 (au minimum 8, au maximum 15).

Quel pourrait être ce phénomène physiologique mettant environ de 8 à 15 jours pour se produire ? D'après Littré et Robin, « les œufs des poux (lentes) éclosent au bout de « 5 à 6, jours et les petits arrivent en 8 à 10 jours à l'état « adulte ; ils se multiplient avec une telle rapidité que deux « individus suffisent ordinairement pour en produire « 18,000 environ en moins de 2 mois. »

L'expérience fournie par le Dr Coquiard, citée plus haut, restreindrait même le temps d'apparition de la tache à une nuit.

Ces taches seraient-elles donc le résultat d'une ponte qui serait précédée ou accompagnée d'une sécrétion colorée? Tiendraient-elles à une sécrétion due au rut? la réponse est difficile à faire, l'histoire naturelle de ces aptères étant muette à ce sujet et l'expérimentation étant délicate à conduire sur de pareils animaux.

La lecture des observations suivantes sur des hommes de maison d'arrêts semblerait prouver que le nombre des

taehes est en raison direete du nombre de *poux adultes* habitant le corps de l'homme :

Obs. V. — Desolmé, 19 ans, soldat, peau fine, poils ehâtains ; en prison depuis 20 jours, léger embarras gastrique. — Poux très-nombreux et jeunes au côté droit de l'aisselle. Taches bleues aux environs, rien à l'autre aisselle, quelques taehes sur le seapulum droit et sur le sternum ; au pubis beaueoup d'œufs, quelques jeunes avec quelques taehes sur le ventre et sur les reins. Peau glabre, exeepté aux cuisses et aux jambes.

Obs. VI, fig. 1. — Meauehamp, 19 ans, soldat, yeux bleus, cheveux blonds, peau fine, poils rares, taches ombrées très-répandues ; en prison à la maison d'arrêts depuis 3 semaines, se sent des démangeaisons depuis 15 jours. Poux adultes en assez grand nombre, poux jeunes moins nombreux, beaueoup d'œufs; après 12 à 15 à jours, disparition complète des taehes.

Obs. VII, fig. 2. — Conti, 21 ans, matelot, yeux bleus, en prison depuis 26 jours; démangeaisons depuis 8 jours, 5 à 6 gros poux adultes au pubis, quelques jeunes très-petits, le quart environ des autres comme volume, beaucoup d'œufs, 7 à 8 taches ombrées sur les deux euisses (*voir* fig. 2).

Obs. VIII. — Moreau, 19 ans, cheveux noirs, peau fine, en prison depuis 43 jours. Démangeaisons depuis 8 jours ; pas de poils sur le eorps et aux aisselles, excepté au pubis. Pas de bain depuis 2 mois, plusieurs poux adultes, beaucoup d'œufs et de jeunes. Taches ombrées disséminées autour du pubis, sur l'hypogastre, sur les parties antérieure et postérieure de la cuisse, sur les fesses et même sur la peau du ereux poplité.

Obs. IX, fig. 4 et 5.— Vincent ; prison de correction de-

puis peu; démangeaisons depuis cinq à six jours. Poux venant du transport *le Finistère* depuis 45 jours. Homme ayant une grande abondance de poils, peau assez fine, brune. Poux adultes en grande quantité, quelques œufs.

Obs. X. — Lemarchand, 21 ans; maison de correction; poux depuis 20 jours; peau fine et brune. Poux adultes en grande quantité, quelques œufs et quelques jeunes; quelques taches sur le côté externe des cuisses.

Obs. XI. — Arod, 19 ans; brun, peau fine, en prison depuis 22 jours; démangeaisons depuis cette époque, presque pas de poils sur les bras et aux aisselles. Poux adultes, jeunes et œufs en quantité sur tout le corps aux endroits où les poils existent. (Fig. 8.)

Obs. XII. — Marin, 23 ans; lymphatique. Peau glabre sur tout le corps excepté au pubis, quelques poils aux aisselles. Tache ombrée au côté gauche, à 2 centimètres environ de la limite des poils. Poux depuis 39 jours. — Nombreux adultes et jeunes. Renseignements insuffisants.

Obs. XIII. — Collet, 43 ans; peau fine, en prison depuis 12 jours; pas de poux avant, beaucoup d'adultes et de jeunes et très-peu d'œufs. — Taches ombrées sur l'abdomen et sur les cuisses, au nombre de 20 environ.

Obs. XIV. — Clapot, soldat, au service depuis 1 mois. Embarras gastrique depuis 1 jour; démangeaisons depuis 15 jours. Poux au pubis et à l'aisselle, beaucoup d'œufs au pubis. Taches ombrées sur les cuisses et les jambes, quelques-unes sur la partie inférieure du ventre, aux reins et aux fesses; presque pas de poils aux aisselles; cependant quelques poux et quelques taches au niveau des fosses sus-épineuses et à la partie correspondante de la colonne vertébrale.

Obs. XV. — Je crois inutile de continuer à donner des ob-

servations qui se ressemblent toutes au fond, c'est-à-dire au point de vue de la coïncidence des poux du pubis avec les taches ombrées. J'ai, à dessein, élagué dans leur reproduction les détails inutiles, me bornant simplement à copier les notes de mon carnet.

Bezet, 23 ans; cheveux châtains, peau fine, beaucoup d'œufs et de jeunes. (Obs. incomplète, fig. 7.)

Au microscope, les œufs ont une teinte violacée, se rapprochant assez de celle des taches ombrées. Y a-t-il là une relation ? Dans l'état actuel de la question, il m'est impossible de répondre.

Certains insectes : les brachynites, les blattes, etc., jettent, lorsqu'on les inquiète ou dans d'autres circonstances, une liqueur colorée, quelquefois caustique, tachant la peau. Y aurait-il quelque sécrétion analogue chez les pediculi ?

Si l'on met sur une plaque de verre, dans une goutte de glycérine (toxique pour lui), un pou arraché de la peau à la visite du matin, c'est-à-dire après la succion du sang dans la nuit, l'on constate à l'examen microscopique que de son anus sort un liquide épais, coloré en rouge par les principes colorants du sang humain, qui bientôt se diffuse dans la glycérine. Ces taches ombrées seraient-elles produites par la dissolution au moyen de la sueur du corps de la matière colorante du sang, transformée plus ou moins dans le corps de l'animal (principe colorant devant se rapprocher de l'indigose urinaire, par exemple), puis sécrétée par l'anus ?

Et enfin, pour épuiser le champ des hypothèses, ces taches ne seraient-elles pas simplement le résultat d'une anomalie de la sécrétion pigmentaire de la peau humaine par le prurit, quelque chose ressemblant à la chromhydrose de M. Leroy de Méricourt ?

Il m'est impossible de répondre à toutes ces questions, ne sachant pas me servir de l'analyse chimique et me répugnant de cultiver ces parasites dans les conditions exigées par l'expérimentation sur autrui.

P.-S. — J'ai soumis, lors de son séjour à Lamalgue (Toulon), ce travail à M. le professeur Gubler, qui a bien voulu me laisser la note suivante, dont je le remercie profondément :

« M. Gubler ne pense pas que mes taches ombrées, » que j'ai cependant observées simultanément avec des poux du pubis, « soient toutes de cause générale. Il me conseille de signaler la possibilité de la confusion et d'établir le diagnostic différentiel fondé sur la pathogénie et les caractères objectifs (surtout indices de morsure).

« En définitive, dit-il, il existe plusieurs espèces de macules confondues sous les noms de taches ombrées, taches bleues, etc. Les unes sont de cause locale, parasitaires, ainsi que cela ressort du présent travail; les autres, de cause dyscrasique et dystrophique, sont tantôt des ecchymoses et tantôt des colorations dues seulement à la *liquor sanguinis*, tantôt peut-être, comme il le pense, un état spécial du derme, laissant voir par transparence la teinte bleuâtre du sang dans les capillaires, parce qu'il est devenu un peu plus diaphane par perte de l'*halitus* des anciens, c'est-à-dire par diminution de l'hydratation des éléments histologiques. Il se passerait dans des points circonscrits ce qui a lieu dans les extrémités tout entières qui offrent une peau d'un ton violacé par le froid léger (il ne s'agit pas de stase sanguine par le froid intense) et d'un blanc mat recherché des coquettes quand on a chaud. »

Les recherches ultérieures confirmeront probablement la manière de voir du maître, en montrant la double origine des taches ombrées. En attendant, je terminerai ce travail

sous forme de conclusion par l'énonciation pure et simple des faits, pour la connaissance desquels je l'ai entrepris :

I. — Chaque fois que j'ai constaté des taches dites ombrées dans les fièvres synoques ou dans les fièvres bilieuses, dans les embarras gastriques, dans les fièvres typhoïdes, dans la fièvre jaune, dans les pleurésies et pneumonies, dans les diarrhées et dyssenteries de Cochinchine, dans des cas de blessures et de maladies vénériennes, ou même chez des hommes bien portants, j'ai toujours trouvé des poux du pubis.

II. — Lorsque l'infection parasitaire chez des hommes valides existait depuis une vingtaine de jours au moins, j'ai dans la plupart des cas constaté avec les poux du pubis des taches dites ombrées.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des maladies communiquées, et notamment de la transmission de la syphilis par l'allaitement, étudiée aux points de vue médical et médico-légal, par C. Appay, Paris, Masson, 1876.

Le titre de ce travail nous montre immédiatement qu'il est divisé en deux parties bien distinctes : la première traite la question au point de vue purement médical, la seconde au point de vue légal. Nul plus que l'auteur n'avait qualité pour aborder ce sujet : en effet, en même temps que médecin, M. Appay est avocat à la cour d'appel. Nous devons cependant dire, dès maintenant, que si nous louons sans restriction ses intéressantes études sur les symptômes et la transmission de la syphilis infantile et mammaire, nous ne partageons aucunement ses opinions touchant la responsabilité médicale : il est regrettable que le médecin, dans ce cas, ait cédé trop complétement le pas au juriste ; néanmoins, nous ne nous arrêterons pas devant ce dernier et nous essayerons plus loin de le combattre avec ses propres armes, bien qu'elles nous soient peu familières.

Nos lois admettent la responsabilité individuelle : l'application en est généralement facile, quand il s'agit de coups et blessures ; mais des difficultés surgissent quand le dommage est constitué par une maladie interne, dont les caractères sont souvent obscurs et fugaces. Quel sujet digne d'intérêt pour le magistrat et le médecin ! Puis suivent

plusieurs cas de contaminations multiples produites, soit par des nourrissons, soit par des nourrices infectées. La question que l'auteur se pose est celle-ci : « Deux individus, une nourrice et l'enfant qu'elle allaite, étant affectés « d'accidents syphilitiques non douteux, par lequel des « deux l'affection a-t-elle débuté ? quel est celui qui a contaminé l'autre ? » Pour la résoudre il étudie dans un premier chapitre la syphilis infantile, dans un second la mammaire, et dans un troisième il traite des applications médico-légales.

Le chapitre de la syphilis infantile, à coup sûr le plus intéressant de l'ouvrage, est exclusivement consacré à l'étude de la syphilis héréditaire, l'auteur laissant volontairement de côté la vérole acquise, parce que, dit-il, son évolution ne diffère en rien de ce qu'elle est chez l'adulte. Encore fait-il une distinction dans la syphilis héréditaire : où l'enfant présente des accidents en naissant, ou ces accidents n'apparaissent qu'ultérieurement. Ce dernier cas surtout offre de l'intérêt au médecin légiste et au magistrat, car c'est lui qui soulève le plus souvent devant les tribunaux des débats sous forme de demandes en dommages-intérêts.

Ici se place un résumé assez bref des lésions congénitales que l'on s'accorde généralement à considérer comme spécifiques. Trousseau niait qu'on pût retrouver sur un fœtus mort-né des lésions caractéristiques de la vérole, l'auteur pense avec Bouchut que les plaques muqueuses sont le symptôme le plus caractéristique et il accorde peu de valeur aux lésions du thymus, du poumon et à la péritonite ; quant au pemphigus congénital de la plante des pieds et de la paume des mains, presque toujours accompagné de diarrhée et de vomissement, il semble peu fixé sur sa valeur spécifique et pencherait volontiers à croire que c'est probablement là un symptôme de cachexie et

une eause importante de l'atrepsie infantile, décrite par Parrot. Il entre alors dans le cœur du sujet et aborde les symptômes de la syphilis héréditaire préeoee. A quelle époque se manifestent les premiers aeeidents? avee Trousseau, l'auteur répond : du quinzième au quarantième jour; quant aux eas de manifestations tardives, pouvant n'apparaître qu'après plusieurs années, il est très-indéeis.

Le nourrisson peut être à sa naissance en très-bon état ou présenter une eaehexie prémonitoire. En tout eas le premier symptôme qui se déelare, et un des plus importants au point de vue du diagnostie, e'est le eoryza, qui par suite peut se eompliquer d'epistaxis fréquentes mais peu graves, d'érosions oeeupant la lèvre et le pourtour des narines qui finissent par être eomplétement obstruées. Le tout peut se eompliquer de profondes néeroses amenant des déformations ineurables et même la mort. Il ne faut cependant pas oublier qu'il existe aussi des eoryzas idiopathiques.

Le mal gagne après eela les muqueuses et le tégument externe, on peut reneontrer des fissures, véritables syphilides érosives là où la peau se eontinue avee les muqueuses. Pour Trousseau et Lasègue ees lésions ont un grand intérêt diagnostique.

Puis vient la description des syphilides auxquelles l'auteur aeeorde la plus grande importance à eause, dit-il, de la faeilité qu'on a à les reeonnaître. Il admet les huit variétés déerites par Fournier : papuleuse, squameuse; vésieuleuse, pustulo-erustaeée, bulleuse, maculeuse, gommeuse. Les plus communes sont la papuleuse et la pustulo-erustaeée, eette dernière peut revêtir la forme eethymateuse. Si l'ecthyma est superfieiel, il peut disparaître sans laisser de traces; s'il est profond, les eieatriees qu'il laisse sont indélébiles. Les syphilides apparaissent généralement du premier au troisième mois. Quant à la roséole, elle est

très-fugace et peut facilement passer inaperçue. Ce chapitre se termine par quelques mots sur le psoriasis et les ulcérations serpigineuses de la peau qui auraient un aspect pathognomonique.

Les modes de contagion directe ne sont pas non plus oubliés : cathétérisme de la trompe d'Eustache, verre, biberon, ustensiles de ménages, doigt d'une sage-femme souillés de pus spécifique, allaitement, vaccine, etc.

Dans un second chapitre nous trouvons décrites toutes les particularités que peut présenter la syphilis mammaire : chancre, plaques muqueuses, syphilides. L'auteur cite la loi de Colle : « Un nourrisson atteint de syphilis buccale « peut infecter sa nourrice, alors que sa mère l'a long-« temps allaité sans avoir d'accidents au sein, » et établit qu'elle n'offre rien de contradictoire avec nos connaissances sur la contagion de la vérole et spécialement des accidents secondaires.

Dans le troisième chapitre nous arrivons aux applications médico-légales. Que de difficultés pour arriver à reconnaître quel est le contaminateur et quel est le contaminé ! souvent la nourrice a eu plusieurs nourrissons et il faut chercher parmi les vivants et même les morts quel est celui qui a été l'auteur du mal. Il y a alors des diagnostics rétrospectifs à faire qui exigent la plus grande prudence de la part de l'expert. En tout cas, c'est toujours par la considération attentive des symptômes et de leurs époques d'apparition qu'il parviendra à se créer une opinion. Il doit se défier aussi des fraudes faites dans un but lucratif ; enfin il sera nécessaire quelquefois d'examiner non seulement les enfants, mais même le mari de la nourrice.

Cette importante monographie se termine par un appendice traitant de la responsabilité du médecin dans les questions de syphilis. Dès le XIIe siècle, le miege (médecin) était déjà responsable de ses fautes et de ses imprudences.

Si nous examinons les jugements rendus aujourd'hui à la suite de demandes de dommages-intérêts réclamés par la nourrice aux parents d'un nourrisson malade, nous voyons que ceux-ci sont presque toujours condamnés; une fois cependant, à Lyon, ce fut la directrice d'un bureau de nourrice qui fut déclarée civilement responsable et paya 400 francs à la demanderesse.

Citons surtout un arrêt de la cour de Dijon, du 14 mai 1868, décidant qu'un médecin appelé à visiter un enfant et ayant laissé sciemment ignorer à celle qui l'allaite que cet enfant est atteint d'un virus contagieux peut être déclaré responsable du préjudice causé à celle-ci par sa réticence. Nous ne saurions trop nous élever avec A. Fournier contre cette interprétation de l'article 1382 du Code civil (1). Comment! le médecin de la famille, qui traite l'enfant syphilitique, serait tenu d'aller déclarer que cet enfant est contaminé! Mais c'est une violation de l'article 378 du Code pénal (2) qu'on exige de lui! et, pour l'honneur de notre profession, j'espère que jamais aucun de nos confrères ne tiendra une pareille conduite. M. Appay trouve que c'est une application *intéressante* du principe de la responsabilité médicale. Comme conclusion directe, les malades n'auraient plus qu'à faire ce que me disait une personne n'ayant qu'une confiance limitée dans la discrétion professionnelle : « Quand on a de ces maladies-là, il ne faut jamais s'adresser à un médecin de son quartier. »

(1 Art. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

(2) Art. 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs.

Nous ne laisserons pas passer non plus les dernières lignes de cet ouvrage sans nous élever vigoureusement contre l'interprétation qu'elles contiennent de l'article 378 du Code pénal. Citons-les d'abord : « D'ailleurs, pour qu'il y ait délit de révélation, il ne suffit pas que celui auquel on impute ce délit soit, par état ou profession, dépositaire du secret d'autrui, et qu'il ait effectivement révélé ce secret à lui confié à raison de son état. Il faut encore qu'il y ait eu de sa part volonté de le révéler, et surtout que cette volonté ait été inspirée par l'intention de nuire. » Nous pensons au contraire que le médecin est tenu au secret absolu, et n'est-ce pas avec cette croyance qu'un client vient lui confier une maladie dite honteuse? S'il savait être trahi, viendrait-il découvrir son mal? Non, certainement. En outre, l'article 378 du Code pénal (*V.* la note p. 6) a un caractère absolument catégorique, la prescription qui y est contenue n'est qu'une longue affirmation *sans restriction aucune :* « Les dépositaires.... qui auront révélé ces secrets seront punis, etc. » Donc l'article est formel. Pour être passible de la peine édictée il n'y a aucune condition spéciale indiquée : ni volonté de révéler, ni intention de nuire, ce qu'on appelle en droit *consilium fraudis.* Remarquons, en outre, que dans la partie spéciale du Code pénal le législateur a pris soin de caractériser les délits et de bien indiquer les éléments qui les constituent : c'est ainsi que pour certaines infractions il demande qu'un dommage soit causé outre l'intention de nuire, qu'il reconnaît des délits intentionnels et des délits non intentionnels. Quelle raison aurait-il eu de ne pas spécifier aussi dans l'article qui nous occupe la volonté de révéler, l'intention de nuire? Signalons en passant que, si l'on a déjà soutenu ailleurs cette théorie, la jurisprudence en a empêché la pratique; nous pourrons citer entre autres l'arrêt de la Cour de cassation du 23 juillet 1830. Briand et Chaudé, dont on ne

contestera pas l'autorité en pareille matière, constatent et soutiennent qu'il y aurait cas de pénalité même pour le médecin qui parlerait *par pure légèreté*. C'est aussi notre avis.

L'ouvrage se termine par quelques observations données in extenso et une intéressante bibliographie de tous les ouvrages ayant trait à la question.

Quoique nous n'ayons pas toujours partagé les opinions de notre éminent confrère, nous n'en souhaitons pas moins qu'il continue le cours de ses savantes études, ainsi qu'il nous le laisse espérer dans sa préface : ce sera une véritable bonne fortune pour tous les médecins; aucun, en effet, n'a le droit de se désintéresser de ces importantes questions qui touchent au repos des familles, à la santé des individus et par suite à l'avenir même de la société.

D[r] H. CELLARD.

DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR LES BAINS FROIDS, par le D[r] E. CLÉMENT, médecin des hôpitaux de Lyon. (Georg, Lyon, 1877.)

Des bains froids dans la variole ! C'est là, comme le montre l'historique de l'auteur, une idée qui n'est pas nouvelle, mais qui doit faire frissonner dans leur tombe les contemporains de Sydenham. Quand je dis les contemporains de Sydenham, c'est un peu pour ne pas préjuger des impressions de nos lecteurs. Aussi M. Clément a-t-il soin d'ajouter en terminant son travail : « J'espère que les faits et les documents que j'ai apportés, faits observés rigoureusement et à l'aide des procédés les plus sûrs de l'investigation clinique, seront de nature à rassurer sur l'état de ma raison ceux qui, à la simple lecture du titre de

ce travail, seraient tentés de me prendre pour un visionnaire. » Nous qui l'avons lu et qui avons pu apprécier quels soins l'auteur a mis dans ses observations, nous nous déclarons pleinement rassurés ; il nous reste à faire partager notre conviction.

Chargé du service des varioleux à l'Hôtel-Dieu de Lyon, de juin à octobre, M. Clément a tout d'abord traité ses malades suivant les moyens ordinaires, puis dans une seconde période il a employé les bains. Il a réuni ainsi les éléments d'une statistique, peu nombreuse il est vrai, mais qui ont une valeur très-grande, parce qu'ils sont comparables et peuvent être opposés les uns aux autres.

La grande difficulté, dit l'auteur, pour juger des procédés thérapeutiques dans une maladie, est de savoir s'ils ont été appliqués à des cas de même gravité, parce que le plus souvent nous manquons de données précises pour mesurer celle-ci, et surtout parce que nous manquons de moyens précis pour traduire aux yeux de tous, en termes exacts et indiscutables, la résultante des investigations qui ontfondé notre jugement personnel.

La petite vérole a le privilége de se manifester à nous par des caractères extérieurs, qui donnent à première vue la mesure probable de sa gravité ; mais si vous y joignez les indications thermométriques, qui révèlent sous une forme concrète comment réagit l'organisme sous l'influence de cette éruption, vous permettez ainsi de comparer entre elles des observations recueillies par des auteurs divers, dans des temps et des lieux différents. C'est pour cela qu'il est d'une si haute importance de ne mettre en parallèle dans une statistique que des faits observés de cette façon. Seuls ils possèdent une valeur absolue, indiscutable, indépendante de l'observateur. Les autres peuvent bien servir à l'instruction de celui qui les a vus et étudiés, mais ils ne sauraient entraîner la conviction d'autrui.

Nous avons mentionné ces réflexions préliminaires parce que, trop souvent, les promoteurs de nouvelles méthodes thérapeutiques perdent de vue les principes, qui seuls peuvent donner une valeur absolue à leurs recherches.

La *première période,* où les malades furent traités par les méthodes ordinaires, comprend 35 observations, dont 25 varioloïdes et 10 varioles, qui ont fourni 8 décès ; soit une mortalité générale de 22,85 0/0 et une mortalité de 80 0/0 pour la variole vraie.

La *deuxième période*, où les bains furent donnés aux malades les plus gravement atteints, comprend 13 varioloïdes, 16 varioles vraies, qui ont fourni 2 décès ; soit une mortalité générale de 6,8 0/0 et une mortalité de 12,5 0/0 (au lieu de 80 0/0) pour la variole vraie.

Nous ne pouvons pas, on le comprend, dans cet article bibliographique, descendre dans l'étude particulière des faits. Tels qu'ils sont, ces résultats sont très-encourageants et prouvent tout au moins aux esprits les plus prévenus que les bains n'offrent pas le danger qu'on leur attribue en se laissant aller aux préjugés ordinaires.

Effets produits par les bains sur les varioleux.

L'effet le plus immédiat est de faire tomber la température, e tsouvent d'une façon brusque, de plusieurs degrés. Ainsi dans un des tracés thermométriques on voit un premier bain faire descendre le thermomètre de 41°,6 à 38°, soit de 3°,6. C'est là une chute rapide que l'on n'observe jamais dans la fièvre typhoïde, à moins d'une complication hémorrhagique. M. Clément pense que l'on doit rechercher la cause de ce phénomène remarquable dans l'état de la circulation cutanée des varioleux : autour des boutons il y a une fluxion très-intense, et les capillaires dilatés présentent

une grande masse de sang, une plus grande surface pour ainsi dire à la réfrigération, qui s'opère alors avec plus de certitude et de rapidité que dans la dothienenterie.

Un autre phénomène non moins remarquable différencie encore la variole de la fièvre typhoïde. Pendant *les trois premières heures* qui suivent le bain, la température reste stationnaire ou ne s'élève que d'une fraction insignifiante de degré (0°,4). De la 3e à la 5e heure la chaleur monte de 1°,2 à 1°,5. — Chez le varioleux, le bain laisse donc au malade une période d'apyrexie assez longue, plus longue et plus marquée que dans la dothienenterie. D'où la possibilité de n'administrer les bains qu'à des intervalles plus éloignés.

L'éruption dans tous les cas, même dans ceux terminés par la mort, a toujours été modifiée favorablement. Dès le deuxième bain les boutons deviennent plus volumineux, plus pleins, plus opalins, la suppuration paraît être de meilleure nature. Il semble qu'entre leur contenu et l'eau du bain il se fait un échange osmotique, et qu'il s'opère une espèce de lavage indirect de l'intérieur des boutons. En éliminant ou en modifiant par osmose les produits septiques renfermés dans les pustules, on tarit ainsi les sources les plus vives de la fièvre de suppuration.

Tels sont, avec l'abaissement du nombre des pulsations et des mouvements respiratoires, les principaux effets observés par M. Clément.

Règles à suivre dans l'application des bains au traitement de la variole.

1° A quelle époque faut-il administrer les bains ? A moins d'indications spéciales, que l'observation ultérieure révélera, il les considère comme inutiles dans le stade d'éruption. Cette période est toujours suivie d'une chute consi-

dérable de la température, il est donc superflu d'intervenir à ce moment.

Voici une indication que M. Clément considère comme précise et de la *plus haute importance*. Il la recommande à l'attention de tous ceux qui voudront expérimenter la méthode en se plaçant dans les mêmes conditions que lui :

C'est au moment précis où la courbe thermométrique en se relevant indique l'invasion de la fièvre de suppuration qu'il faut commencer le traitement.

C'est là une indication très-nette que ne fournit pas la dothienenterie. Dans cette affection, à moins de suivre rigoureusement la pratique de Brand, on peut hésiter sur le moment où l'on donnera les bains, on peut même hésiter à les donner en présence d'une maladie qui évolue normalement.

Mais, dans la variole *confluente*, on est certain d'avance que la fièvre de suppuration met *toujours* en péril la vie du malade. A quoi bon attendre les accidents graves?

2° Les *premiers* bains doivent être donnés de 25° à 28°, à cause de l'abaissement rapide de la température, dont il faut toujours s'assurer après chaque bain.

Si l'on commence le traitement de bonne heure, M. Clément est convaincu qu'une température de 25 à 28 est bien suffisante pour amener le résultat cherché.

Le malade doit être plongé complétement dans l'eau, de façon que les épaules soient constamment au-dessous du niveau du liquide; de temps à autre on arrose la tête avec des pots d'eau froide et on maintient sur le cuir chevelu des compresses mouillées.

La durée du bain varie de 15 à 20 minutes ou même plus, si le frisson tarde à venir.

3° Le malade, recouvert de son drap et d'une simple couverture de laine, est remis au lit. On lui administre quelques gorgées de vin pur. Dans l'intervalle des bains il

boit à volonté une eau minérale gazeuse et du bouillon froid.

4° Grâce à la longue période d'apyrexie qui persiste après le bain, deux ou trois bains suffisent en général dans les 24 heures. On procure ainsi au malade une période d'apyrexie presque complète de 8 heures à 12 heures sur 24.

Leçons cliniques sur les teignes faites a l'hôpital Saint-Louis par le Dr C. Lailler, recueillies et publiées par le Dr Landouzy, 1 vol. in-8° avec 4 planches. Paris, chez A. Delahaye, 1878.

Ainsi que le dit avec beaucoup de raison M. le docteur Lailler, les affections de la peau et notamment les teignes sont encore peu connues de la plupart des médecins. C'est pour en vulgariser la connaissance que ces leçons ont été faites l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis, appuyées de préparations microscopiques et de l'examen direct des malades par les assistants.

L'étude des teignes est de la plus haute importance pour les pathologistes et les médecins praticiens, ainsi qu'il est facile de le démontrer. En effet, un des principaux caractères des teignes, c'est leur contagiosité : il suffit qu'un teigneux soit amené dans un lycée, une salle d'asile, un orphelinat pour infecter toute une bande d'enfants ainsi que leur famille, et mettre les jeunes sujets dans la nécessité de subir un isolement prolongé, et par suite très-préjudiciable à leur instruction. Il est donc désirable que tous les médecins possèdent des notions précises et soient à même de porter sur l'heure un diagnostic exact.

M. Lailler énumère d'abord les découvertes qui permi-

rent d'établir définitivement la grande classe des affections cutanées parasitaires.

En 1839, Schœlein signalait, à Berlin, la présence d'un champignon dans le favus. En 1844, Gruby annonçait à l'Académie des sciences de Paris la découverte du Tricophyton dans la teigne tondante. En 1846, Eichstedt découvrait le Microsporon furfur, et prouvait ainsi la nature parasitaire du pityriasis versicolor.

Enfin, en 1853, M. Bazin publia ses *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, c'est-à-dire « des affections des poils, produites ou entretenues par la présence d'un végétal parasite. » Ce n'est pas là un des moindres titres de gloire de M. Bazin ; à lui seul, en effet, revient l'honneur d'avoir institué une thérapeutique à la fois rationnelle et efficace des teignes, et d'avoir ouvert une voie féconde qui conduit chaque jour à des résultats plus sûrs et plus complets.

Après ces courtes indications historiques, et une étude rapide de l'anatomie de la peau et du système pileux, l'auteur expose les caractères communs aux différentes variétés de teignes : contagion de l'homme à l'homme, des animaux aux animaux et de ceux-ci à l'homme. On sait aujourd'hui encore peu de chose sur l'origine et le développement des parasites végétaux. Toutefois, l'étude des champignons microscopiques a déjà réalisé dans ces dernières années des progrès importants, et si les études et les expériences entreprises par MM. Hallier, Kaposi, Nyström, etc. n'ont pas donné des résultats complets, il est cependant permis d'espérer qu'on arrivera à résoudre ces questions encore litigieuses.

Les éléments de diagnostic des teignes se tirent du siége de l'éruption, de l'apparence et de la forme des lésions. La notion de l'auto-inoculation et l'âge ont également une importance capitale dans la pratique.

D'autre part, les teignes ne compromettent jamais la vie, ni même n'altèrent jamais profondément la santé, seulement il importe de se rappeler qu'elles sont difficiles et longues à guérir. Il ne faut pas oublier non plus qu'on peut observer sur un même sujet plusieurs variétés de teigne.

La première chose à faire en face d'une teigne, c'est d'ordonner l'isolement, et, dans les hôpitaux, il y aurait de plus lieu d'isoler les unes des autres les diverses variétés de sujets teigneux, comme cela se fait à l'Antiquaille de Lyon.

Quant au traitement, d'une manière générale, il consiste dans l'épilation et l'emploi des substances parasiticides. Toutefois, l'épilation n'est point chose aisée, et en dehors des hôpitaux il est toujours difficile de trouver de bons épileurs. En outre l'arrachement des cheveux et de la barbe est souvent douloureux ; aussi le progrès à espérer, à poursuivre, consistera donc à remplacer l'épilation par quelque autre médication. Divers essais ont déjà été faits dans ce sens, et, s'ils n'ont pas encore donné des résultats aussi satisfaisants que le faisaient prévoir les idées théoriques qui avaient inspiré ces tentatives, ils sont cependant assez encourageants pour que l'on doive persévérer dans la même voie.

L'auteur passe ensuite à la description des teignes en particulier : il étudie successivement la teigne faveuse, la trichophytie du cuir chevelu ou teigne tondante, la trichophytie des parties glabres et de la barbe. la pelade, enfin le pityriasis versicolor.

Ces descriptions sont d'une netteté et d'une précision qu'on n'a point dépassées, et remplies d'indications précieuses surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. Ce sont de véritables tableaux qui peuvent servir aux élèves et aux praticiens à porter un jugement sur les cas difficiles qu'ils peuvent avoir à observer. L'auteur n'a-

vance aucun fait sans en être absolument certain, et, toutes les fois qu'il reste un doute dans son esprit, il expose, pour le résoudre ou l'éclairer, les différentes opinions émises par les principaux dermatologistes de la France et de l'étranger.

Ainsi en est-il pour la nature parasitaire de la pelade, qui n'est plus guère admise que par quelques dermatologistes français. M. Lailler incline à croire, en présence des faits contradictoires observés par divers auteurs, qu'il y a peut-être deux espèces de pelade — c'est l'opinion de Tilbury Fox — dont l'une, la tinea decalvans (pelade décalvante) serait parasitaire, et l'autre répondrait à l'alopécie areata, affection non parasitaire (pelade achromateuse de Bazin).

Que l'on trouve des spores dans la pelade, le fait n'est pas douteux depuis les recherches de MM. Malassez et Courrèges, seulement ces spores existent toujours sans mélange de tubes de mycelium, et sont considérées par quelques dermatologistes comme des spores banales qui seraient non la cause, mais la conséquence de la maladie. Sans adopter complétement cette manière de voir, l'auteur admet que les spores trouvées chez les peladés sont loin d'avoir une portée qui puisse être mise en parallèle avec la valeur de l'Achorion Schœnleinii, du Trichophyton ou du Microsporon furfur. Outre l'absence des tubes de mycelium dans la pelade, il faut encore se rappeler que les spores de la pelade habitent exclusivement à la surface ou entre les lames de l'épiderme, et, à ce dernier point de vue, il serait plus logique de rapprocher la pelade du pityriasis versicolor, dont le parasite habite lui aussi l'épiderme, que de la laisser dans la famille des teignes. Mais le principal argument contre le parasitisme de la pelade, c'est qu'il n'a pas encore été possible de démontrer expérimentalement sa con-

tagion comme on l'a fait si fréquemment et si facilement pour les autres teignes.

Nous ne pouvons suivre M. Lailler dans les développements qu'il donne à tous les chapitres que nous avons énumérés. Rédigées avec beaucoup de soin et avec une grande clarté par M. le Dr Landouzy, digne héritier d'un nom qui commande l'attention et l'estime, ces leçons donnent une idée très-exacte de l'état actuel de la science sur tous les points qui se rattachent à l'étude de cette importante et déjà si riche spécialité. C'est avant tout un livre d'enseignement et de vulgarisation. Espérons que M. Lailler ne s'en tiendra pas là, et que l'histoire des teignes ne sera en quelque sorte qu'une introduction à un traité complet sur la dermatologie. Ces leçons se terminent par une bibliographie très-complète des teignes. On y trouvera l'indication des travaux les plus importants qui ont paru soit en France, soit à l'étranger; à tous ceux qui s'intéressent à ces questions, M. Lailler aura ainsi rendu facile un contrôle et des recherches qui, sans cela, sont souvent, sinon impossibles, du moins pénibles.

Nous ne saurions donc trop féliciter l'auteur de cette importante et utile addition.

Aux leçons cliniques sur les teignes, l'auteur a ajouté quatre planches. Les dessins microscopiques sont l'œuvre d'un artiste émérite bien connu, M. Renaudot, elles ont été faites d'après des préparations extemporanées, et donnent une idée très-nette des éléments parasitaires que l'on observe dans le favus, la teigne tondante et le pityriasis versicolor. Les altérations des cheveux et des poils, l'aspect qu'ils présentent sous le champ du microscope sont très-fidèlement reproduits et constituent un utile complément aux descriptions de l'auteur. Pour faciliter aux médecins la connaissance des teignes, M. Lailler a eu l'heureuse pensée de faire reproduire, d'après nature, par un nou-

veau procédé de photographie en couleur, des ypes de teigne tondante et de pelade; ces photographies traduisent assez exactement l'aspect si caractéristique de ces deux affections de la peau, aussi peut-on espérer que ce procédé pourra, quand il aura été perfectionné, rendre de véritables services à la science.

REVUE DES JOURNAUX.

Du purpura iodique (iodisme) pétéchial, par le Dr Al. Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Parmi les nombreux et divers phénomènes qui peuvent succéder à l'introduction de l'iodure de potassium dans l'organisme, il en est qui, se produisant d'une façon commune, habituelle, ont été remarqués de vieille date et sont aujourd'hui bien connus. Mais certains autres, ne s'observant que d'une façon plus rare ou même ne se manifestant que chez des sujets prédisposés, ont échappé jusqu'ici à l'attention ou n'ont été qu'imparfaitement signalés. Au nombre de ces derniers peut se ranger, je crois, une détermination cutanée consistant en la production de petites taches sanguines miliaires, non prurigineuses, évoluant à la façon d'un purpura, et méritant, si je ne me trompe, la dénomination de purpura iodique. Je m'exprime ainsi parce que dans tous les cas de ce genre observés par le Dr Fournier il ne s'agit pas d'une simple coïncidence entre la production de l'exanthème et l'ingestion de l'iodure, mais bien d'une relation de cause à effet. Les circonstances suivantes le démontrent :

1° Dans tous les cas, l'explosion du purpura s'est faite invariablement peu de jours après le début du traitement ioduré, de 1 à 3 jours le plus souvent, parfois de 3 à 6 jours.

2° Chez quelques malades, la même éruption purpurique est survenue plusieurs fois à chaque administration nouvelle de l'iodure. Dans trois cas même elle s'est invaria-

blement produite toutes les fois qu'on revenait à l'usage de ce médicament.

Ainsi chez le malade qui fait le sujet de la première observation, l'iodure de potassium administré trois fois, à intervalles largement espacés (quatre mois, onze mois), a déterminé trois fois, et cela d'une façon presque immédiate, l'invasion d'un exanthème purpurique.

Chez un autre sujet, quatre fois une éruption purpurique a suivi quatre administrations successives de l'iodure.

3° Enfin chez un malade, non-seulement chaque administration de l'iodure a été l'occasion d'un exanthème purpurique, mais de plus chaque élévation notable de la dose du remède pendant le cours d'un même traitement a été invariablement suivie d'une recrudescence marquée, ou, pour mieux dire, d'une poussée nouvelle de purpura. Le fait s'est reproduit plusieurs fois d'une façon absolument identique dans chacun des trois traitements iodurés auxquels fut soumis le malade.

L'éruption purpurique consécutive à l'ingestion de l'iodure est caractérisée, d'après l'auteur, par des taches sous-épidermiques offrant au plus haut degré la coloration spéciale du purpura (la coloration pétéchiale), due manifestement à une extravasation sanguine ; ces taches ne sont nullement modifiées par la pression. Leur siége de prédilection est aux jambes ; l'éruption se concentre plus spécialement dans les trois cinquièmes moyens, comme hauteur, et elle est toujours plus confluente sur la moitié antérieure du membre que sur la moitié postérieure. Une seule fois elle occupait le tronc, et les jambes étaient indemnes.

Cette éruption est discrète, miliaire, constituée par des taches de minime étendue, du volume d'un grain de millet, d'une tête d'épingle, atteignant parfois celui d'un grain de blé ou d'une petite lentille. Elles sont habituellement arrondies, plus rarement ovalaires ou irrégulières de forme,

déchiquetées. L'auteur n'a jamais vu l'éruption s'accuser par des macules notablement plus larges, encore moins par des vergetures, des traînées, des placards ecchymotiques. Elle reste toujours à l'état pétéchial et miliaire. Les taches du purpura iodique sont absolument planes et, comme les pétéchies du purpura vulgaire, elles ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel local ni général; aussi est-ce presque toujours par hasard que les malades s'en aperçoivent. L'éruption est complète en deux ou trois jours. Passé ce terme, elle cesse de s'accroître comme confluence, alors même que l'administration du remède est continuée. Les taches subissent, après une période d'état, la dégradation de teinte habituelle aux hémorrhagies cutanées et disparaissent dans l'espace de deux à trois septénaires.

Lorsque, sous l'influence d'une dose supérieure d'iodure, une poussée purpurique nouvelle vient à se produire dans le décours d'une première poussée, l'éruption subintrante se distingue très-facilement de celle qui l'a précédée par sa coloration purpurine plus ardente.

Le purpura iodique est rare. L'auteur n'en a observé qu'une quinzaine de cas. L'iodisme pétéchial paraît ne se produire que chez certains malades manifestement prédisposés par idiosyncrasie native, et éminemment sujet, chez ces mêmes malades, à récidives ou à recrudescences.

Nosologiquement, ce purpura iodique trouve sa place naturelle dans le groupe des éruptions dites médicamenteuses.

Rappelons enfin que, dans aucun des cas qu'il a observés, un état anémique, une débilité plus ou moins prononcée des malades, ni certaines formes particulièrement graves de la syphilis n'ont paru constituer une cause prédisposante. Tous les individus jouissaient d'une santé ou florissante ou moyenne. Quant à la syphilis, elle s'était montrée bénigne ou moyenne comme intensité et les deux tiers étaient absolument exempts de toute manifestation spécifique à l'épo-

que où l'iodure, administré comme préventif, détermina sur eux l'éruption purpurique. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, n° 9, 1877.)

TRAITEMENT MÉCANIQUE DES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le professeur H. AUSPITZ, de Vienne.

(Suite.)

Il en est autrement dès que la période congestive de l'eczéma est terminée. Une fois que l'inflammation et la sécrétion liquide ont atteint leur summum, tout le monde sait qu'il se produit habituellement dans les processus eczémateux un état qui se traduit : d'un côté, par une hyperémie passive, c'est-à-dire par un obstacle au retour du sang et à l'absorption par les vaisseaux lymphatiques ; de l'autre, par une altération du processus corné de l'épiderme (desquamation), que Willan a désignée sous les noms de *psoriaris guttata, diffusa, palmaris,* et Cazenave, sous celui d'eczéma squameux. Cet état constitue la période finale de l'eczéma lorsque le processus marche vers la guérison. On peut hâter l'évolution de la maladie à l'aide de certains moyens, parmi lesquels les préparations de goudron, les mercuriaux, l'enveloppement de caoutchouc jouent un rôle important.

Ces altérations, surtout lorsqu'elles sont limitées à de petites surfaces et qu'elles se présentent sous forme de plaques, sont justiciables du traitement mécanique, de sorte qu'en passant légèrement la curette sur les parties squameuses de la peau, et en provoquant ainsi une irritation modérée sur la surface cutanée, on fait disparaître les squames et on peut appliquer directement sur la peau une mince couche de goudron. On arrive au même résultat avec des savons simples, peu irritants, ne contenant pas d'alcali libre et n'ayant par conséquent aucune action caustique.

L'eczéma chronique proprement dit est, à un plus haut degré encore, justiciable du traitement mécanique. J'entends par là ce processus d'infiltration (analogue à l'état qui se produit quelquefois après le catarrhe des muqueuses) qui se prolonge pendant longtemps sous l'aspect d'une altération organique du tissu cutané, dont les symptômes cliniques sont : une rougeur foncée, veineuse, qui ne cède qu'en partie à la pression du doigt ; l'épaississement et la tuméfaction œdémateuse du tissu ; une surface rugueuse, inégale, fendillée et gercée, s'excoriant facilement, sécrétant en certains points un liquide séreux et recouverte de lamelles épidermiques en desquamation semblables à du son ou à des écailles. Tel est l'aspect de l'eczéma chronique des mains chez les boulangers, les blanchisseuses, les ouvriers en métaux ; il peut servir de type.

Hebra junior a fait observer, dans une dissertation parue récemment sur l'emploi du raclage dans les maladies de la peau (1), que, dans ces eczémas, on obtenait souvent par le raclage des résultats satisfaisants et qu'on pouvait remplacer par cette méthode la potasse caustique, dont Hebra se servait de préférence depuis longtemps dans des cas semblables. Bardenheuer (2), qui en a fait usage dans 8 cas, et Campana (3) ont émis quelques doutes à cet égard.

J'ai observé dans un certain nombre de cas un bon effet du traitement suivant (Je laisse ici de côté la question du traitement général indiqué quelquefois pour l'eczéma, mais dans des cas beaucoup plus rares, notamment quand le catarrhe de la peau n'est que le symptôme d'une affection générale ou une lésion secondaire de la maladie d'un autre organe, ainsi que cela a lieu dans beaucoup de

(1) *Wiener med. Wochenschr.* Voyez aussi *Vierteljahresschr.* 1876, p. 423.

(2) *Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels.* Cöln, 1877.

(3) L'*Abrasio nelle dermopathie.* Broch. 1876.

catarrhes des muqueuses). On enlève d'abord les squames et les croûtes au moyen d'un corps gras étendu sur un linge (de préférence l'onguent diachylon d'Hebra, modifié par Taylor, en remplaçant l'huile d'olive par l'huile d'amande, et en faisant l'application dans le bain), ou, lorsque la peau est très-sèche, par un enveloppement imperméable (caoutchouc vulcanisé). Je frotte ensuite la partie malade avec un savon de sable ou un morceau de pierre ponce, ou encore avec du sable fin (suivant la méthode d'Ellinger) en trempant chaque fois un morceau de flanelle mouillée dans le sable. Ces frictions de sable doivent être faites avec modération, et il ne faut les continuer qu'autant qu'elles n'excorient pas trop la partie malade. Après quoi, sur la peau ainsi enflammée, brillante et parsemée de points rouges foncés, si toutefois elle n'est pas fendillée dans une grande étendue, on étend une très-légère couche d'huile de cade ou de hêtre et on l'enveloppe de nouveau avec une toile de caoutchouc. Je proscris, par les mêmes raisons qui m'ont fait repousser l'alcoolat de savon, la mixture alcoolique recommandée par quelques auteurs.

On fait ces pansements une ou deux fois chaque jour, en interrompant de temps à autre durant un jour, pendant lequel on se borne à panser l'eczéma avec de l'onguent simple.

A l'aide de cette méthode on réussit souvent dans les eczémas très-rebelles à combattre l'infiltration des tissus et à faire ainsi disparaître le mal. J'ai eu recours aux frictions de sable, mais toujours avec précaution, dans l'eczéma des oreilles, du front, de la nuque, des extrémités, et surtout contre celui de la paume des mains et de la plante des pieds. Elles sont contre-indiquées dans l'eczéma des parties génitales, du nombril, de la face, et en général de toutes les parties de la peau dépourvues de substratum résistant.

Je ne me sers que rarement du raclage dans l'eczéma et

seulement comme moyen excitant, ainsi que je l'ai indiqué plus haut et jamais au point d'enlever l'épiderme. Il n'est certainement pas difficile de guérir, en toutes circonstances, un eczéma circonscrit, si on détruit l'épiderme et si en ce point il se fait une catrice. On peut obtenir ce résultat avec diverses préparations médicamenteuses, mais ce n'est pas là une guérison de l'eczéma, pas plus qu'on ne pourrait faire passer la cautérisation profonde, avec cicatrices consécutives, d'une muqueuse atteinte de catarrhe, comme une guérison du catarrhe.

Il en est de même de la scarification multiple, laquelle, dans le traitement de l'eczéma, ne donne pas de résultat satisfaisant. J'ai dû renoncer à cette méthode, dans un cas d'eczéma des extrémités inférieures, par stase sanguine, chez un homme atteint de varices, attendu que les places scarifiées menaçaient de se mortifier et de s'ulcérer.

PSORIASIS.

Hebra junior avance que, par le raclage, on peut arrêter le développement des petites efflorescences du début. Les récidives se produisent, d'après le même auteur, sur les points qui ont été grattés. Wigglesworth (1) professe la même opinion.

Campana (2) ne reconnaît d'utilité au raclage que pour les cas de psoriasis dans lesquels « la partie du réseau de Malpighi qui se trouve au-dessous d'amas de squames est soulevée sous forme de nodosités molles et de proliférations, dont la structure et la marche ne sont pas toujours semblables » et sur le caractère desquels l'auteur ne s'explique pas davantage.

(1) *The Boston medic. and surg. Journ.*, n°s 6, 10, februar 1876. *American Archives of dermatology*, II, 1876, p. 332.

(2) *Loc. cit.*

Suivant Bronson (1), le raclage dans le psoriasis n'aurait pas d'autre utilité que d'enlever les squames; il se sert d'un instrument muni d'une cuiller un peu plus allongée. La cuiller donnerait, dans ces cas, des résultats très-favorables surtout si l'on emploie en même temps le goudron.

Bardenheuer, dans des cas rebelles, où la peau était très-épaissie et infiltrée, a raclé à l'aide d'une curette plate, et appliqué ensuite des compresses imbibées d'une faible solution de soude (1 sur 200). La méthode de Bardenheuer est un véritable grattage et non pas un simple enlèvement des squames. La preuve en est dans ce fait qu'il a toujours pratiqué l'opération chez les psoriasiques pendant qu'ils étaient sous le sommeil chloroformique, et, en outre, en ce que dans plusieurs des cas qu'il a traités la peau est devenue tout à fait unie, après un seul grattage. Cependant, il est survenu des récidives dans quelques-uns des cas traités par cette méthode. Dans un psoriasis étendu, Bardenheuer racla seulement une partie du cuir chevelu; la partie raclée fut bientôt guérie, tandis que les autres portions du cuir chevelu exigèrent un traitement très-prolongé. Il ne survint pas de récidive sur la partie raclée, et les cheveux repoussèrent sur cette même place.

En somme, dans le psoriasis, Bardenheuer a obtenu, à l'aide du raclage, une guérison plus rapide et, dans quelques circonstances, il a par le même moyen prévenu la récidive.

Je suis, en ce qui me concerne, très-opposé au raclage dans le traitement du psoriasis. Il résulte de mes expériences qu'un raclage pratiqué en appuyant modérement la cuiller — c'est-à-dire en se bornant à faire tomber les squames au-dessous desquelles se trouve une surface rouge, parsemée de nombreux petits points sanguinolents, — n empêchera nullement la reproduction des squames si

(1) *Amer. Arch. of Derm.* 1876, p. 333

on ne le renouvelle pas très-souvent. Mais on peut réaliser un effet analogue et même un meilleur encore avec des frictions de savon de pierre ponce, de sable ou simplement à l'aide de linges imprégnés de savon.

Dans le psoriasis nummulaire des extrémités, je fais chaque jour des frictions avec le sable, mais en les combinant avec des badigeonnages de perchlorure de fer (1 sur 2 d'eau), et je crois avoir obtenu une guérison plus rapide; il est vrai que ces cas ont aussi compté des récidives. Relativement au véritable raclage, son emploi n'est évidemment pas en rapport avec les effets qu'on veut obtenir. Je crois même que ce fait de psoriasis du cuir chevelu rapporté par Bardenheuer pourrait être interprété autrement, et, en présence de mes expériences, il n'encourage nullement à racler des plaques de psoriasis et encore moins ces formes diffuses dont le type est représenté par le psoriasis du cuir chevelu. Mais le raclage, même superficiel, est proscrit dans tous les cas où la maladie occupe des surfaces plus étendues, dans les formes invétérées où les plaques se généralisent et dans lesquelles l'affection prend un caractère si grave qu'elle se rapproche du pityriasis rubra idiopathique et, comme cette dernière affection, se termine par la phthisie.

Enfin, en ce qui concerne l'acupuncture, on pourrait *à priori* en attendre quelques résultats, puisque, d'après Bardenheuer, la dilatation des vaisseaux dans le corps papillaire joue toujours un rôle important. Les essais que l'on a faits — sur des plaques très-circonscrites — ont naturellement amené, après une application répétée, la disparition de la rougeur de la base et de la légère efflorescence qui l'accompagne. Avant de pratiquer la scarification ponctiforme, il est nécessaire de faire tomber les squames par des applications de corps gras, des frictions de savon ou de sable. En résumé, ce traitement est peu agréable pour les

malades et ne met pas plus à l'abri des récidives, autant que j'ai pu en juger, que les autres médications. J'ajouterai à ce propos que, dans ces dernières années, j'ai fait également des expériences dans le psoriasis avec d'autres remèdes, notamment avec l'extrait altéré de maïs de la pharmacopée autrichienne (analogue au traitement de Lombroso, par le maïs altéré), tant à l'intérieur qu'en injection sous-cutanée dans la proportion de 3 sur 20 d'eau. Mes essais n'ont pas été couronnés de succès.

(A suivre.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les teignes, faites à l'hôpital Saint-Louis par le Dr LAILLER, médecin des hôpitaux, etc., recueillies et publiées par le Dr LANDOUZY, ancien interne des hôpitaux, etc. 1 vol. avec 4 planches; prix : 5 francs. Paris, 1878, V.-A. Delahaye et Cie, éditeurs.

Leçons sur quelques affections cutanées faites à l'hôpital Saint-Louis par le Dr LAILLER, recueillies et rédigées par P. CUFFER, interne des hôpitaux, etc., 1 vol. in-8. Paris, 1877. V.-A Delahaye et Cie, éditeurs.

On the treatment of psoriasis by an ointment of chrysophanic acid, par le Dr BALMANNO Squire. Londres, 1878, J.-A. Churchill

Du lupus, anatomie pathologique et traitement par la méthode des scarifications linéaires, par le Dr LELONGT. Paris, 1877, chez Parent, imprimeur.

Note sur le traitement des affections blennorrhagiques par le baume de Gurjun, par le Dr E. VIDAL, broch. in-8. Paris, 1877, chez Masson, éditeur.

Étude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire, par le Dr de Fourcault, ancien interne de Saint-Lazare; broch. in-8. Paris, 1877, chez A. Viollet.

Il tayuya contro la scrofola e la sifilide, par le Dr FILIPPO CERASI, broch. in-8. Rome, 1877.

Della sifilide cerebrale e in particolare delle lesioni arteriose da sifilide nel cervello, par le Dr CELSO PELLIZARI, broch. in-8. Florence, 1877.

Des tremblements consécutifs aux maladies aiguës, par le Dr E. CLÉMENT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Broch. in-8. Lyon, 1877, chez H. Georg, éditeur.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (1453,5-78).

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RENAUT.

COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE

ÉTUDE DES TISSUS ÉMANÉS DU FEUILLET EXTERNE OU ECTODERME.

Anatomie générale de la peau.

(1re LEÇON.)

Sommaire. — I. Division de l'organisme embryonnaire en ectoderme, mésoderme et entoderme. — Caractères généraux de l'ectoderme : *a*) fonctions limitantes et défensives : ectoderme chitinisé, ectoderme adamantin, ectoderme corné ; *b*) fonctions respiratoires ; *c*) fonctions glandulaires : ectoderme à points muqueux des larves de poissons; *d*) ectoderme cilié ; *e*) ectoderme réceptif : cellules, névro-musculaires des hydres.— Division du travail chez l'embryon formation du sillon dorsal ; revêtement cilié persistant de l'épen-

dyme. — Distribution générale de l'ectoderme. — Nappe cutanée amniotique. — Bourgeon bucco-œsophagien. — Bourgeon ano-génital. — Relation de tous les points de cette surface entre eux.

II. Ectoderme en nappe. — La membrane de soutènement émane du mésoderme. — Constitution du chorion. — Caractères particuliers aux cellules ectodermiques, leur double mode de soudure. — Stratification de l'ectoderme : *a*) corps de Malpighi : 1° couche des cellules cylindriques ; 2° stratum de Malpighi ; 3° couche granuleuse ; *b*) couches épidermiques : couche homogène inférieure, couche médiane, couche homogène externe. — Constitution générale de l'ectoderme, conditions de sa solidité. — Théorie de la phlyctène.

Messieurs,

Dans l'une des premières leçons faites au début de mon enseignement, je vous ai montré eomment les tissus de l'embryon, émanés par bipartition sueeessive de la cellule initiale de l'œuf primordial, se rangeaient en trois catégories et eonstituaient les feuillets du blastoderme. Ce blastoderme est formé, eomme vous le savez, par trois lames eomprenant des plans eellulaires superposés. De ees trois lames, deux sont *épithéliales ;* ce sont : le feuillet externe ou ectoderme, et le feuillet interne ou entoderme. Ces deux feuillets diffèrent fondamentalement de eelui qu'ils renferment dans leur écartement, et qui constitue le mésoderme. Les eellules mésodermiques ne forment point une eouche continue ; eelles de l'eetoderme et de l'entoderme offrent le type des épithéliums. C'est à savoir : que ees eellules sont soudées entre elles par un eiment, de manière à former une eouehe de revêtement dans laquelle ne pénètrent point les vaisseaux.

Cette absenee de vaisseaux constitue, à l'égard de tous les produits épithéliaux, comme une marque embryologique. Chez l'animal adulte, aussi bien que chez l'embryon, les voies de la eireulation lymphatique ou primordiale, et eelles de la eirculation sanguine, respiratoire, ou

de perfectionnement, ne se prolongent point dans les feuillets épithéliaux externes ou internes.

Certains animaux chez lesquels la division du travail ne s'est encore qu'imparfaitement effectuée, sont à l'état adulte, et dans leur constitution définitive, composés simplement de trois feuillets superposés. Le feuillet extérieur ou l'ectoderme présente un certain nombre de caractères variables avec le degré de développement de l'animal et qui doivent être décrits ici, afin que les formes ultérieures, qui se compliquent à mesure que se perfectionne l'organisme, soient comprises et rapportées à leur véritable valeur morphologique.

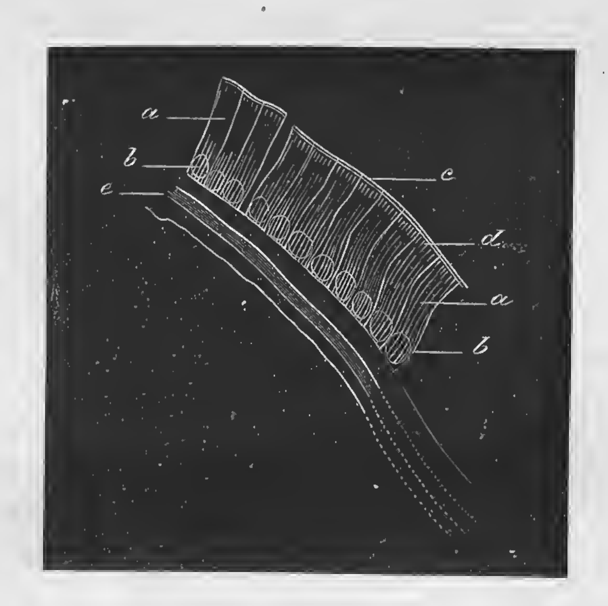


Fig. 1. — Ectoderme du type adamantin (*Amphioxus lanceolatus*).
a a, Cellules prismatiques striées;
b b, Noyaux;
c, Cuticule;
d, Terminaison des bâtonnets sous la cuticule;
e, Chorion divisé en trois couches.

Chez certains animaux, parmi lesquels je citerai l'*Amphioxus lanceolatus*, l'ectoderme est simplement une couche de revêtement limitante et défensive. Cette forme d'ec-

toderme, exclusivement destinée à la limitation extérieure, est elle-même une sorte de degré de perfectionnement de l'ectoderme des articulés. Chez les articulés, les cellules ectodermiques ont produit une couche chitineuse qui forme la carapace de l'animal. Chez l'amphioxus, l'ectoderme reposant sur une membrane d'enveloppe anhiste et continue, est formée de cellules qui ont acquis une forme prismatique. Tous les prismes cellulaires sont soudés entre eux par une substance cimentante. Ils sont constitués par une cellule dont le noyau occupe la partie inférieure. Adjacent par conséquent à la cuticule enveloppante, ce noyau se retrouve refoulé par le développement des parties extérieures du corps cellulaire, qui se montrent sous la forme de bâtonnets polyédriques constitués par une substance claire, striée, et dont les stries sont normales à la surface d'enveloppe de l'animal. Chacun des prismes est composé d'une série de fibres disposées parallèlement à la direction axiale de l'élément et constituant par leur réunion un revêtement solide, bien qu'il soit transparent. Si nous cherchons dans les animaux supérieurs des traces d'un pareil type ectodermique, nous le trouvons, à de minimes différences près, dans l'organe de l'émail des dents des mammifères; c'est pourquoi nous avons spécialement insisté sur cette forme, sans laquelle l'organe de l'émail ne saurait être morphologiquement expliqué. Les deux premiers types morphologiques de l'ectoderme sont donc : 1° l'ectoderme chitinisé, qui ne laisse aucune trace dans ces organismes supérieurs; 2° l'ectoderme du type adamantin, qui se retrouve chez ces mêmes organismes à l'état de germe de l'émail dentaire.

Ainsi l'ectoderme, par suite des deux adaptations précitées, devient un organe de limite et de défense; mais le type défensif du revêtement cutané est tout différent dans la majeure partie du domaine cutané des vertébrés élevés

en organisation. Chez ces derniers, l'ectoderme acquiert sa dureté en se chargeant, non plus de chitine ni d'une substance analogue à l'émail, mais d'une matière cornée spéciale que, pour plus de simplicité, nous appellerons, avec les auteurs classiques, la kératine.

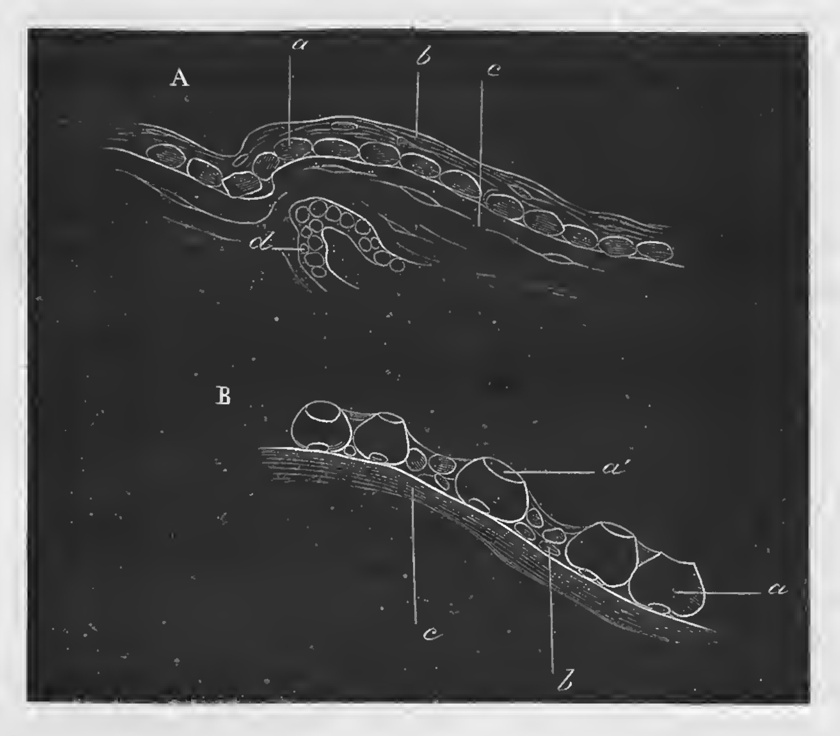
Ainsi sont constituées les trois formes de l'ectoderme défensif et limitant. La surface de la peau n'est pas seulement la limite de l'être, mais encore le siége premier de ses impressions réceptives et d'un certain nombre de phénomènes d'échange ayant rapport à l'absorption générale, à celle de l'oxygène ou respiration, et à l'excrétion de certains produits.

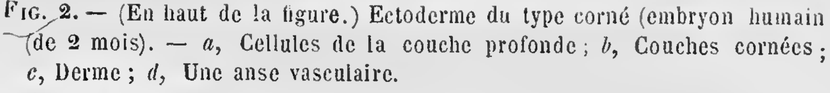
Pour ce qui est des fonctions respiratoires, on sait que l'ectoderme joue un rôle important dans leur exécution. Enlevons les deux poumons d'une grenouille ou de tout autre batracien abranche, la vie se maintiendra, l'hématose se produira d'une façon à peu près normale. Enduisons d'un vernis imperméable la grenouille dont les poumons ont été enlevés, l'animal mourra avec des phénomènes, rapidement produits, d'asphyxie et de rétention des matériaux qui auraient dû être éliminés.

Cette expérience démontre que la peau est le siége régulier de phénomènes respiratoires et de phénomènes d'excrétion. Voyons maintenant quels sont les fonctions d'excrétion (ou glandulaires) accomplies par le revêtement cutané.

A la surface du tégument des larves de batraciens anoures, de poissons encore munis de leurs vésicules nutritives (embryons de salmonées), l'on voit, intercalées entre les cellules de l'ectoderme, des cellules caliciformes types constituant chacune une petite glande monocellulaire. Chez les animaux les plus élevés en organisation, chez ceux dont la peau est la plus fine et plus lisse, nous retrouverons des glandes analogues produisant toujours à la sur-

face un enduit onctueux, qui, si minime qu'il soit, divise en rosée l'eau dont on asperge la surface cutanée. C'est grâce




Fig. 2. — (En haut de la figure.) Ectoderme du type corné (embryon humain de 2 mois). — *a*, Cellules de la couche profonde ; *b*, Couches cornées ; *c*, Derme ; *d*, Une anse vasculaire.

(En bas de la figure.) — Ectoderme glandulaire d'un embryon de truite. — *a*, Cellules caliciformes sécrétant le mucus ; *a'*, Leur orifice ; *b*, Cellules ordinaires de l'ectoderme intercalées aux cellules à mucus ; *c*, Derme.

à cet enduit que les larves à parois délicates peuvent nager dans l'eau sans que cette eau les mouille, les pénètre par endosmose, et les détruise.

Il résulte de ce que je viens de dire que la peau est non-seulement un organe défensif et limitant, mais encore une surface respiratoire et d'excrétion générale. Elle est encore chez certains animaux un organe de mouvement ; elle se couvre de cils vibratiles. Ainsi l'ectoderme prend, suivant les types organiques, les trois qualités vitales maîtresses : la nutrilité par sa fonction glandulaire et respi-

ratoire; la motilité par sa tranformation en revêtement cilié; la sensibilité, en ce qu'elle est la surface réceptive de toutes les incitations extérieures.

Chez les êtres dont le développement organique est destiné à des différenciations fonctionnelles hautes et tranchées, les propriétés susmentionnées ne restent point diffuses dans toute la surface de l'ectoderme. Elles se spécialisent et se localisent chacune en son lieu. La sensibilité n'a plus pour organe unique, comme chez l'hydre d'eau douce (Kleinenberg), une cellule ectodermique qui reçoit l'impression extérieure, qui l'élabore, et qui l'envoie sous forme d'incitation motrice à un renflement de sa propre substance contenu dans le mésoderme, et qui est contractile. La division du travail distingue chez les mammifères certaines portions de l'ectoderme qui deviennent le centre exclusif de la perception, tandis que le reste du tégument demeure celui des modifications réceptives.

Vers la 48e heure de l'incubation, dans l'aire germinative, on voit le feuillet corné du blastoderme s'infléchir sous forme d'un pli qui, dirigé suivant l'axe de l'embryon, forme le sillon dorsal primitif. Ce sillon est formé par la peau primordiale qui s'est creusée en gouttière; les bords de cette gouttière se rapprochent rapidement; cette dernière se ferme et le tube myélencéphalique ou canal de l'épendyme est définitivement constitué. Je ne saurais trop appeler votre attention, Messieurs, sur cette différenciation importante qui fait d'une partie du tégument, et par séquestration pour ainsi dire, l'origine de tout le sysmème nerveux central. Borné d'abord à un repli ectodermique, l'axe nerveux est formé d'un tube épithélial creux dont les cellules, même chez les animaux d'ordre supérieur, se couvrent de cils vibratiles comme le font les cellules de l'ectoderme des êtres inférieurs les plus infimes, tels que

les embryons des éponges calcaires au premier stade de leur développement.

C'est autour de cette première formation d'origine ectodermique que se développent les centres nerveux définitifs. Il est difficile de dire si ce développement secondaire est dû à un bourgeonnement des cellules incluses dans le sillon primitif. Quoi qu'il en soit, un bourgeonnement de troisième ordre s'accomplissant au sein du mésoderme relie l'axe nerveux, par l'intermédiaire de cordons vecteurs, à l'ectoderme dont il faisait autrefois partie. Les connexions entre l'ectoderme et les centres nerveux sont de la sorte éclairées d'une vive lumière, et on comprend comment l'ectoderme, dans lequel se résumaient primitivement tous les phénomènes de sensibilité, reste, dans les organismes les plus différenciés, uni par une solidarité étroite avec les centres nerveux, qui ne sont qu'une portion spécialisée de sa propre substance. On voit comment, au fur et à mesure des progrès de l'anatomie générale, les lésions singulières dites trophiques de la peau, celles du mal perforant, celles de la lèpre, ont été reliées et, pour ainsi dire, rendues connexes aux lésions nerveuses. *Le système nerveux n'est, en effet, si on le considère au poiut de vue élevé de l'anatomie générale, qu'un département isolé et spécialisé de l'ectoderme névro-sensitif.*

L'expression *ectoderme,* qui revient sans cesse dans ces leçons, est empruntée à l'anatomie comparée. On voit par ce qui précède que ce mot présente un sens embryologique précis. Comme on reconnaîtra par la suite que les différentes couches épithéliales de la peau ont chacune leur signification particulière et leur nom, l'emploi du mot ectoderme appliqué à l'ensemble de ces couches est à la fois morphologiquement exact et il évite une périphrase.

Messieurs, à part le bourgeon de l'ectoderme qui forme

chez les mammifères l'axe nerveux central, ce revêtement se tend d'abord en nappe continue sur toute la face externe de l'embryon, l'enveloppant tout entier, se réfléchissant sur le cordon ombilical et s'étendant ensuite sur l'amnios, de façon qu'au commencement le germe nage dans une cavité limitée partout par un tégument ectodermique replié à la façon des séreuses. Mais, au fur et à mesure du développement, l'ectoderme, primitivement séparé de l'entoderme, se met en communication avec ce dernier par deux bourgeons principaux. Pendant que l'intestin se ferme aux deux extrémités axiales de l'embryon, le mésoderme végète à la rencontre du tube entodermique et se soude à ce dernier sur deux points distincts : 1° au niveau de la terminaison du pré-intestin, et ce bourgeon forme la partie vestibulaire du tube digestif (portion pharyngo-œsophagienne); 2° un second bourgeon émané du tégument constitue l'appareil ano-génital. Partout où l'ectoderme a bourgeonné, des cellules typiques ont formé un revêtement épithélial également spécial ; le cardia, le rectum, le col utérin sont couverts par ce revêtement. Qu'une irritation spéciale survienne dans les diverses parties que nous venons d'énumérer, le tissu ectodermique s'y pourra développer d'une manière aberrante, constituant des tumeurs que l'on appelle cancroïdes, qui seront formées par l'agglomération de cellules particulières, tendant à l'évolution cornée, qui ne se développeront point ailleurs, et qui viendront marquer comme d'un cachet originel la lésion ainsi survenue.

II. — *Étude histologique du tissu de l'ectoderme.*

Nous avons vu qu'au début l'ectoderme est répandu en nappe sur la surface de l'embryon ; il ne forme ni plis, ni bourgeons. Cette forme simple persiste, dans l'être qui a atteint son développement, sur certains points particuliers ; à la surface de la cornée transparente, par exemple, on

peut étudier la nappe ectodermique dans sa simplicité. Cette nappe est soutenue par une couche émanée de la lamelle fibro-cutanée du feuillet moyen et qui l'accompagne dans son parcours. Au niveau de la cornée transparente, la lame sous-épithéliale est fibreuse; il en est de même dans les portions lisses de l'ectoderme des amphibies nus; mais chez les mammifères et chez l'homme, elle est constituée par du tissu fibreux mêlé de réseaux élastiques qui deviennent de plus en plus serrés, délicats, et formés de grains, à mesure que l'on s'approche de l'épithélium cutané. Cette couche est le chorion. Les cellules de l'ectoderme sous-jacentes à la membrane choriale présentent des caractères typiques qui, chez les mammifères et les batraciens, sont à très-peu près identiques. Le meilleur objet d'étude doit être choisi dans la peau des amphibies nus. Plongeons dans une solution de nitrate d'argent à 1 pour 600 un jeune têtard de grenouille : au bout de quelques secondes il devient rigide, blanchit et meurt. Il est retiré de la solution d'argent, puis abandonné pendant une heure ou deux dans une grande quantité d'eau distillée. Au bout de ce temps il est devenu entièrement brun, et si on le brosse légèrement avec un pinceau, tout son ectoderme se dépouille comme un doigt de gant qui peut être étalé sur une lame de verre. La mince membrane ainsi obtenue (Ranvier), colorée au picrocarminate et examinée dans la glycérine, montre les détails suivants :

Les cellules de l'ectoderme répondent à la définition des épithéliums. Ce sont des polyèdres aplatis dans le sens de la surface, soudés entre eux par une substance albuminoïde cimentante au niveau de laquelle l'argent se réduit en premier lieu. L'ensemble de la substance intercellulaire forme de la sorte un réseau de lignes noires séparant les cellules et les reliant solidement; mais outre cette soudure il en existe un autre. Chaque cellule renferme un noyau que le carmin teint vivement en rouge; autour de ce noyau, qui est

muni d'un nucléole brillant, s'étend une zone de protoplasma délicat qui, dans les préparations durcies par l'acide chromique, prend les caractères d'une sorte de vacuole. Mais à mesure que l'on s'avance vers la périphérie de la cellule, la consistance du protoplasma s'accroît, et au voisinage des bords, ce dernier se teint en jaune vif par l'acide picrique et se résout en une série de prolongements qui donnent à l'élément l'aspect d'une lame épineuse sur toute sa surface. Ce sont ces prolongements, surtout nombreux et marqués dans l'ectoderme des mammifères, qui lui donnent son caractère fondamental et typique. Chez les batraciens nus, la disposition des pointes est relativement simple. Mon maître, M. Ranvier, a montré que si l'on considère deux cellules séparées par une ligne de ciment, l'on voit leurs prolongements épineux s'avancer à la rencontre les uns des autres à travers la substance unissante, pour se rejoindre et

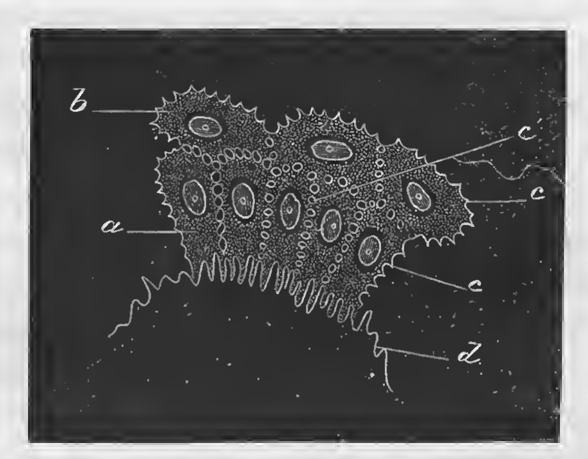


Fig. 3. — Cellules du corps muqueux de Malpighi recouvrant une papille du derme. — *a b*, Protoplasma renfermant un noyau entouré d'une vacuole.— *c*, Dentelures de la cellule.— *c'*, Passage de ces dentelures dans les lignes de ciment. — *d*, Bord festonné du derme.

se confondre par leurs extrémités. Les dents de deux cellules voisines l'une de l'autre ne sont donc point engrenées comme celles des roues dentées; elles se touchent par

leurs pointes comme le feraient les doigts des deux mains que l'on aurait placés bout à bout par leurs extrémités. L'on voit ainsi combien est solide l'union des cellules de l'ectoderme, puisque leur soudure s'effectue par l'interposition d'un ciment que des ponts protoplasmiques traversent perpendiculairement à sa direction. Les cellules sont de la sorte réunies comme des blocs de bois que l'on aurait collés suivant leur surface de contact et dont on aurait ensuite chevillé les joints.

Si nous examinons maintenant le mode de stratification des éléments ainsi constitués, en choisissant comme objets d'étude, soit une coupe de la cornée, soit une coupe de la peau nue de certains mammifères, sur un point dépourvu de papilles, nous prendrons une bonne idée de la stratification des couches ectodermiques. La surface du derme présente une série de petits festons qui donnent à sa limite un aspect sinueux. Les cellules ectodermiques les plus profondes sont implantées perpendiculairement sur cette ligne sinueuse; elles forment une rangée continue d'épithélium prismatique. Chaque cellule de cet épithélium présente des dentelures à sa périphérie ; en haut et latéralement ces dentelures sont courtes et se confondent avec celles des cellules voisines à travers les lignes de ciment. Mais du côté du derme, les dents sont à la fois moins nombreuses, plus profondes ; se moulent, en un mot, par leur convexité et leur concavité, sur les concavités et les convexités de la surface du derme. Il y a donc ici engrènement véritable entre la surface dermique et la couche de l'ectoderme. Cet engrènement se fait d'une façon immédiate, c'est-à-dire qu'il n'existe pas ici de disposition analogue à celle décrite par mon ami M. Debove, sous le nom d'*endothélium sous-épithélial*. Il n'existe pas davantage de prolongements filiformes du tissu dermique dans les intervalles des cellules ; en d'autres termes,

le système du ciment n'est pas formé par une expansion de la substance fondamentale du tissu connectif.

La couche la plus profonde de l'ectoderme est donc formée d'une ligne de cellules cylindriques. Les cellules de cette ligne inférieure suivent le derme dans toutes ses sinuosités, elles absorbent activement les matières colorantes; les auteurs qui, comme actuellement M. Charles Robin, lui réservent le nom de couche génératrice, sont, jusqu'à un certain point, fondés, comme nous le verrons plus tard, à employer cette dénomination. C'est, en effet, dans cette zone que les propriétés vitales semblent le plus actives; c'est à son niveau que commence à s'effectuer, toujours au pourtour et en dehors du noyau, le dépôt des grains de pigment qui donnent au tégument ses diverses teintes.

Au-dessus de cette couche, s'élève la zone plus ou moins épaisse, suivant les régions, qui constitue le *véritable stratum de Malpighi*. A ce niveau, les cellules cessent d'être implantées perpendiculairement à la surface du derme; elles s'étalent par lits en s'aplatissant parallèlement à la surface cutanée, c'est-à-dire dans le sens imprimé par les pressions extérieures. Il en résulte qu'elles prennent l'empreinte les unes des autres, comme le feraient des boules de cire molle que l'on aurait juxtaposées, puis ensuite aplaties sous une presse. Elles sont soudées entre elles et à la couche de cellules cylindriques par un ciment résistant et par de longues pointes. Le stratum de Malpighi et la couche génératrice forment de la sorte un tout solide, homogène, et qu'il est très-difficile de dissocier en ses deux couches composantes. C'est cet ensemble qui constitue la portion véritablement active du tégument et que l'on nomme en bloc le *réseau de Malphigi*.

Au-dessus de cette couche solide dont les cellules se teignent en jaune-orangé par le picrocarminate d'ammo-

niaque, et dont les noyaux s'imprègnent activement de carmin, se trouve une autre couche et dans laquelle les éléments cellulaires changent brusquement de caractère : c'est la zone granuleuse intermédiaire au corps de Malpighi et à l'épiderme proprement dit. Elle est formée de trois ou quatre rangées de cellules qui ne sont plus soudées que par le ciment intercellulaire ; les pointes protoplasmiques ont disparu ; la cellule tout entière est formée d'un protoplasma granuleux renfermant une quantité considérable de petites sphérules de diamètre variable et qui se teignent comme le noyau en rouge intense par le carmin, en bleu foncé par l'hématoxyline.

La présence de ces granulations fait que, sur une coupe non colorée comprenant l'ensemble des couches de la peau, la zone granuleuse se montre sous la forme d'une traînée d'un blanc mat présentant un aspect lactescent. Ce n'est donc point une zone transparente (*stratum lucidum*), comme le décrivaient anciennement Schrön, Œhl, et plus récemment Langerhans. L'aspect lactescent s'explique, au contraire, par la présence d'une multitude de gouttelettes réfringentes placées dans un milieu moins réfringent. On pourrait, en conséquence, substituer le nom de *stratum album* à celui de *stratum lucidum*, mais nous nous contenterons de celui de zone granuleuse adopté par M. Ranvier. On a beaucoup discuté sur la valeur morphologique de cette zone. Dans un travail récent, Langerhans l'a considérée comme une zone embryonnaire destinée à l'édification de l'épiderme proprement dit qui la surmonte. Mais il est facile de voir (Ranvier) que les modifications atrophiques des noyaux, qui commencent dans le stratum de Malpighi, se poursuivent régulièrement dans la zone granuleuse.

La transformation du protoplasma des cellules de cette zone n'est donc qu'un des stades et non le premier stade

de l'évolution normale de l'ectoderme. Quoi qu'il en soit, l'on voit que la zone granuleuse qui constitue une sorte de point de transition dans l'ectoderme est aussi, comparativement aux couches profondes, un lieu de très-faible résistance, puisque les couches cellulaires n'y sont qu'imparfaitement soudées entre elles.

Brusquement, au-dessus de la ligne que nous venons de décrire, paraît l'épiderme proprement dit (*stratum corneum*). Dans cette zone stratifiée, dont l'épaisseur varie suivant les régions et surtout en raison des pressions extérieures subies par le tégument, les cellules, dont le noyau va s'atrophiant de plus en plus, et dont le corps s'aplatit de manière à prendre l'aspect de lames foliacées, sont soudées entre elles par un ciment très-résistant, et leur protoplasma, de plus en plus homogène et transparent, se charge d'une substance particulière appelée kératine. Ces cellules tassées les unes sur les autres et offrant à leur surface leurs empreintes réciproques, sont reliées de la façon la plus solide. Immédiatement au-dessus de la couche granuleuse, elles forment une zone transparente, homogène, très-résistante, et que les matières tinctoriales ne pénètrent que difficilement, c'est la couche cornée homogène profonde qui constitue le point le plus résistant de l'épiderme proprement dit. Au-dessus d'elle se trouve une couche d'épaisseur variable dans laquelle l'épiderme, bien que très-solide encore, se laisse facilement gonfler par l'eau et pénétrer par les matières colorantes. Cette couche acquiert, dans ces conditions, un aspect feuilleté caractéristique.

Tout à fait à la surface enfin, l'épiderme forme de nouveau une mince couche homogène difficile à pénétrer par les réactifs, mais qui se clive fréquemment, présente des fissures : c'est la lame homogène externe ou desquamante, siége de l'exfoliation normale et constante de l'épiderme,

Ainsi, Messieurs, les couches superposées de l'ectoderme se divisent en deux groupes bien distincts : 1° le corps muqueux de Malpighi, formé d'éléments soudés par leur ciment et par leurs pointes et constituant un tout solide ; 2° le *stratum corneum*, ou épiderme proprement dit constituant une nappe cornée solide et homogène comme la première. Entre les deux s'étend la mince zone granuleuse qui manque d'homogénéité et constitue le *point faible de l'ectoderme*. Qu'un œdème brusque et intense se produise rapidement en un point de la peau, le liquide de la transsudation sort des vaisseaux, la pression se propage dans tous les sens et peut devenir telle, qu'après avoir pénétré par diffusion les couches du réseau de Malpighi, et arrêté par la lame cornée homogène inférieure qui se laisse pénétrer difficilement, le produit de la transsudation soulèvera les couches épidermiques en bloc, les détachant des couches subjacentes ; en un mot, l'ectoderme sera elivé exactement au niveau de la zone granuleuse qui constitue son point de moindre résistance. Le liquide de l'œdème s'accumulera dans la cavité ainsi produite, et la *phlyctène* sera formée.

Vous le voyez, Messieurs, les notions que nous venons d'acquérir nous permettent, non-seulement de connaître la constitution, intéressante en elle-même, des couches superposées de l'ectoderme, mais encore d'expliquer un certain nombre de lésions parmi lesquelles j'ai choisi la phlyctène : d'abord, parce que le mécanisme de sa formation est relativement simple ; en second lieu, parce qu'il convient qu'un médecin sache exactement ce qui se passera dans la peau toutes les fois qu'il placera un vésicatoire à la surface du tégument.

(*A suivre.*)

II

DU TRAITEMENT DE LA TUMEUR BLENNORRHAGIQUE DES BOURSES PAR LE PANSEMENT OUATO-CAOUTCHOUTÉ DE LANGLEBERT, par M. HORAND, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Parmi les complications de la blennorrhagie, une des plus fréquentes est sans aucun doute la tumeur des bourses. Décrite sous les noms d'épididymite, d'orchite blennorrhagique, de chaudepisse tombée dans les bourses, etc., nous lui préférons à ces diverses dénominations celle de tumeur blennorrhagique des bourses. Cette dénomination a l'avantage de ne rien préjuger à l'égard des parties atteintes et qui sont ordinairement multiples. Il est rare, en effet, que l'épididyme soit seul affecté; le testicule de son côté n'est qu'exceptionnellement pris; tandis que la vaginalite, la déférentite et la funiculite sont plus ou moins prononcées dans la plupart des cas.

Développé pendant le cours de la blennorrhagie, cet accident survient généralement à la suite d'excitations diverses, telles que : excès de boissons alcooliques, marches prolongées, abus du coït, érections. Aussi est-il plus fréquent de l'observer pendant le déclin de la maladie, c'est-à-dire alors que les malades se permettent des excès auxquels ils ne songeaient même pas pendant la période douloureuse.

Quoi qu'il en soit, la tumeur des bourses constitue une véritable complication de la blennorrhagie, et cela non-seulement par la douleur qu'elle provoque et la fièvre

souvent fort intense qui l'accompagne, mais encore par l'obligation qu'elle impose au malade de garder la chambre et même le repos au lit.

Dès lors, il est facile de comprendre que l'on ait cherché à en abréger la durée le plus possible en faisant appel à des moyens nombreux et variés.

Nous ne parlerons ici que de la médication antiphlogistique ; car c'est celle que les spécialistes admettent généralement de préférence et qui semble d'ailleurs donner les meilleurs résultats.

Dans un ouvrage récent, apprécié de tous, Diday recommande cette médication dans les termes suivants :

« Traité par les sangsues, le repos au lit et les cataplasmes émollients, un epididymique est soulagé en douze heures, délivré de toute douleur en une semaine. Refuse-t-il ce traitement, il souffre au moins cinq jours et ne pourra reprendre ses occupations avant trois semaines pour le moins (1). »

D'après Curling et Rollet, la durée de la tumeur blennorrhagique traitée par cette méthode est de 20 à 25 jours, au lieu de 33 jours et demi et même 35 jours, ainsi que cela résulte des statistiques de Marc d'Espine et de Gaussail, pour les cas non régulièrement soignés.

Après l'éloge de la méthode antiphlogistique fait par une voix aussi autorisée que celle de Diday, on ne saurait mettre en doute l'efficacité de ce traitement dans la tumeur blennorrhagique des bourses. Mais ce qui vous frappe, ce sont les inconvénients qui lui sont inhérents, et ce sont eux qui nous ont conduit à lui en préférer un autre que nous désirons faire connaître.

Toutefois, afin que l'on puisse établir une juste comparaison entre ces deux modes de traitement de la tumeur

(1) Diday, *Thérapeutique des maladies vénériennes*, p. 88.

blennorrhagique des bourses, nous croyons devoir rappeler en quoi consiste la médication antiphlogistique. On comprendra plus aisément aussi les objections que nous lui adressons.

La méthode antiphlogistique se résume ainsi : « Appliquer bien exactement sur le cordon, au-dessus du testicule, six sangsues.

« Après la chute des sangsues, rester au lit quatre ou cinq jours, sans en sortir un seul instant, pour aucun motif, et en s'y tenant étendu et non assis, un traversin sous le jarret du côté malade.

« Dans cette situation, mettre toutes les trois heures un cataplasme de farine de lin assez large pour envelopper les bourses et s'étendre sur le cordon. Le recouvrir de coton ou de linges pour en conserver la chaleur. Tenir les bourses soulevées sur une serviette massée en forme de coussin et placée entre les cuisses.

« Un lavement avec addition de 40 grammes de miel de mercuriale, tous les jours ou tous les deux jours (1). »

Ce traitement, formulé de la sorte par Diday, paraît simple et d'une application facile, mais dans la pratique il rencontre de nombreuses difficultés.

Une application de sangsues est souvent fort difficile; non pas que le malade s'y oppose, mais parce que peu de personnes savent les appliquer, et beaucoup redoutent même de les toucher ou de les voir. De plus, les sangsues exposent soit à une ecchymose, soit à une hémorrhagie qui quelquefois est abondante, au point de jeter l'émoi dans l'entourage et de créer une anémie qui prolonge la convalescence.

Après l'application des sangsues, il faut tenir en permanence sur les bourses un cataplasme de farine de lin que

(1) Diday, *loc. cit.*, p. 89 et 90.

l'on renouvelle toutes les 3 heures et cela pendant plusieurs jours. Autre difficulté sérieuse pour le voyageur qui est dans un hôtel ou le jeune homme qui habite une chambre garnie.

Enfin, le malade, pour se soumettre à ce traitement, est obligé de garder le repos au lit, et par conséquent de suspendre ses occupations ou d'interrompre son voyage. Mais ce qui est plus grave encore, c'est que le traitement antiphlogistique ne peut se faire sans révéler à des étrangers, à des parents et quelquefois même à une femme, une faute que le coupable aurait désiré laisser ignorer.

Si aux inconvénients que nous venons de signaler, relativement au traitement antiphlogistique, on ajoute que les émissions sanguines locales n'abrégent pas la durée de la tumeur blennorrhagique des bourses, on comprendra aisément que nous ayons cherché à lui en substituer un autre. Cela nous était d'autant plus facile que nous étions à la tête d'un service spécial où cette complication de la blennorrhagie s'observe plus de 100 fois par an.

Déjà, au mois d'avril 1877, nous avons eu l'honneur de faire une communication à la Société des sciences médicales de notre ville sur le traitement de la tumeur blennorrhagique des bourses par un nouveau mode de traitement (1).

A ce moment notre statistique roulait sur 110 cas ; depuis lors elle a dépassé le chiffre de 200 et s'accroît chaque jour, car nous avons institué ce traitement à l'Antiquaille comme méthode exclusive de traitement de la tumeur blennorrhagique aiguë des bourses. Si nous l'avons fait, c'est que les résultats qu'il donne ne laissent rien à désirer.

L'idée première de ce pansement revient à Langlebert ;

(1) *Lyon médical*, 1877, n° 27, p. 331.

aussi lui avons-nous conservé le nom de son auteur, quoique, par son mode d'organisation, il nous soit personnel.

Tel qu'il est mentionné dans les aphorismes (1), il attire peu l'attention du lecteur, et son importance nous eût certainement échappé, si M. La Saigne, un de nos internes les plus distingués des hôpitaux de Lyon, qui avait vu Langlebert appliquer ce pansement dans son dispensaire, ne nous eût montré en quoi il consistait.

Nous nous sommes arrêté au mode de pansement suivant :

1° Une couche assez épaisse de coton cardé ;

2° Un morceau de toile caoutchoutée de 20 cent. de largeur sur 30 cent. de longueur, percée près d'un de ses bords d'un trou pour le passage de la verge ;

3° Un suspensoir qui diffère essentiellement de ceux que l'on trouve dans le commerce. Ce n'est, du reste, qu'après de nombreux essais que nous sommes arrivé à adopter le modèle actuel.

Ce suspensoir est en toile. Ouvert, il a une forme triangulaire légèrement concave ; il est percé d'un trou pour le passage de la verge près de son bord supérieur. Il porte à chacun de ses angles un large lacet pour servir les uns de ceinture, les autres de sous-cuisses ; les bords latéraux sont échancrés dans une certaine hauteur ; cette échancrure est munie de deux petites attaches pour le resserrer.

Enfin, le bord supérieur mesure 0,22 ; les bords latéraux (échancrure ouverte), 0,17 ; la courbe médiane (suspensoir fermé), 0,24.

L'application de ce pansement est très-facile, mais demande néanmoins un certain soin, afin qu'il ne gêne point le malade, tout en réalisant les conditions que l'on recherche.

(1) Langlebert, *Aphorismes*, p. 70.

Les bourses étant relevées le plus possible sur le pubis, on applique d'abord le coton cardé, puis la toile caoutchoutée (la surface gommée étant en contact avec le coton); enfin le suspensoir maintient le tout immobile, en exerçant une compression modérée.

Cet appareil doit rester 6 ou 8 jours en place, et c'est seulement au bout de ce temps que l'on examine la tumeur. Si elle est encore volumineuse, on renouvelle le pansement en se servant toutefois de la même toile que l'on a soin d'essuyer. Lorsque la tumeur est peu volumineuse, on peut supprimer le Langlebert et compléter le traitement par des frictions avec une pommade résolutive ou un emplâtre fondant.

Si on laisse le pansement ouato-caoutchouté plus de 8 jours à demeure sans le renouveler, la compression se fait mal, par suite du tassement du coton et de la diminution de la tumeur. De plus, dans le cas où la sudation a été abondante, le scrotum s'excorie, ce qui ne constitue pas à la vérité un accident grave, puisque Diday recherche même cette irritation de la peau, mais un inconvénient qu'il est préférable néanmoins d'éviter.

Il résulte de notre statistique, que la durée moyenne de l'application du pansement ouato-caoutchouté est de 13 à 14 jours.

Le premier effet obtenu est un *soulagement immédiat.* Ainsi nous avons vu les malades qui au moment de notre visite souffraient beaucoup, se lever immédiatement après et descendre dans les cours. C'est surtout à la consultation gratuite que l'on constate ce soulagement chez les malades qui, venus avec peine, peuvent rentrer chez eux grâce à ce pansement, sans éprouver la moindre souffrance.

La douleur ne persiste que dans de rares exceptions; lorsque nous le répétons, l'appareil a été bien appliqué.

Nous ne nous souvenons que d'un seul malade chez le-

quel les souffrances persistèrent avec intensité. Dans ce cas, en même temps que l'épididymite et la vaginalite, il existait un engorgement considérable de tous les éléments du cordon. La douleur était très-vive et s'accompagnait d'une fièvre intense. Le malade présenta les jours suivants des symptômes graves de péritonite qui cédèrent à l'application de vésicatoires et à une médication appropriée.

Deux fois aussi nous avons vu une tumeur des bourses se développer du côté opposé, alors que le malade avait depuis plusieurs jours un pansement de Langlebert. Mais dans ces deux cas, cette complication fut le résultat d'une indigestion et ne saurait être mise à la charge du pansement ouato-caoutchouté.

Non-seulement cet appareil soulage, mais encore il guérit la tumeur blennorrhagique des bourses.

Au bout de 8 jours, le volume de la tumeur a quelquefois sensiblement diminué ; il ne reste plus qu'un engorgement de la queue de l'épididyme. Les choses se passent ainsi dans les cas les plus heureux, et ils ne sont pas rares. D'autres fois la résolution est moins sensible et une seconde application est nécessaire pour compléter la guérison.

Enfin, dans quelques cas peu nombreux, la tumeur blennorrhagique des bourses résiste à un, deux et trois pansements ouato-caoutchoutés. Cette tumeur reste volumineuse, parfois douloureuse ; la vaginale renferme une assez grande quantité de liquide, les éléments du cordon sont engorgés. Il faut alors évacuer le liquide de la vaginale avant d'appliquer un nouvel appareil, et favoriser la résolution de la tumeur en administrant de fréquents purgatifs, un peu d'iodure de potassium à l'intérieur.

Comment agit le pansement ouato-caoutchouté?

Le mode d'action de ce pansement est facile à comprendre. Il réalise, en effet, trois conditions éminemment

favorables pour la guérison de la tumeur blennorrhagique des bourses ; ce sont : 1° l'immobilisation ; 2° la compression ; 3° la sudation.

Lorsque cet appareil est bien appliqué, l'immobilisation ne laisse rien à désirer. Aussi le malade peut-il marcher, courir sans éprouver la moindre souffrance.

L'observation suivante mérite à ce titre d'être publiée.

M. X***, étudiant en médecine, sans antécédents vénériens, avait depuis six semaines une uréthrite légère, caractérisée par un écoulement muqueux pendant le jour, jaunâtre le matin, avec un peu d'ardeur le long du canal pendant la miction.

Le 11 octobre 1876, le malade éprouve du côté du testicule gauche quelques légers élancements auxquels il n'attache pas d'importance ; mais le lendemain 22 octobre, les douleurs augmentent, s'irradient le long du trajet du cordon, jusque dans les lombes. L'épididyme est engorgé, la vaginalite renferme un peu de liquide. Les symptômes s'accompagnent d'un mouvement fébrile assez accusé.

Le soir même, un de ses camarades, partisan convaincu de la méthode, lui applique un pansement de Langlebert.

Les douleurs se calment dans la nuit et le malade peut subir pendant les 4 jours suivants, c'est-à-dire les 23, 24, 25 et 26 octobre, les épreuves fatigantes du concours de l'internat de Lyon.

Le 28 octobre, ne souffrant plus, il se permet, à la suite d'un repas de fête, plusieurs danses échevelées après lesquelles il fait une marche de 2 kilomètres pour rentrer chez lui.

Le lendemain et les jours suivants, il n'éprouve pas la moindre souffrance.

Le 30 octobre on enlève le Langlebert. L'engorgement

du cordon et la vaginalite ont disparu. La queue de l'épididyme seule est le siége d'une induration du volume d'une noix.

Si l'immobilisation est parfaite, la compression à l'aide du pansement ouato-caoutchouté se fait également d'une manière très-régulière, grâce à l'élasticité du coton cardé.

Quant à la sudation, elle est abondante, et nous lui attribuons un rôle si important au point de vue de la résolution que, lorsque l'inflammation est très-aiguë, nous cherchons à l'exagérer en saupoudrant le coton cardé avec de la poudre de chaux éteinte et de chlorhydrate d'ammoniaque.

C'est donc en réunissant ces trois conditions : immobilisation, compression et sudation, que le pansement de Langlebert supprime la douleur et exerce une action résolutive puissante dans le cas de tumeur blennorrhagique des bourses.

Ce qui lui donne encore une incontestable supériorité sur toutes les autres méthodes, c'est son application facile, et la possibilité qu'il accorde aux malades de pouvoir vaquer à leurs occupations ou continuer leur voyage.

III

LES DERMATOSES DU GENRE VARUS D'ALIBERT ET LES VARI DE CELSE TIENNENT-ILS A L'HERPÉTISME, ET, DANS CE SENS, EXISTE-T-IL DES ANGINES ET DES MÉTRITES HERPÉTIQUES, par le Dr Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, lauréat de l'Académie nationale de médecine, etc.

Toute l'antiquité, d'après Galien, avait considéré les maladies herpétiques ou les herpès comme des maladies chroniques, de longue durée, souvent symétriques, naissant sur un point et s'étendant en serpentant : Ερπω, *repo*, *repto*. Le moyen âge et la Renaissance avaient traduit en France ce mot herpès par celui de dartre, qui représentait un ensemble de maladies ayant essentiellement les caractères indiqués; de sorte qu'à cette époque on ne distinguait pas toutes ces affections par des noms particuliers, on ne cherchait même pas à les individualiser, le caractère principal suffisait; ce sont des dartres. A tel point que Lorry a pu dire : *Differunt magis nomine quàm naturâ.* Cet édifice si solidement établi a été rayé d'un trait de plume par Willan, qui n'a plus vu que des fragments morbides; et cependant toute une génération créée en France par Biett, le propagateur de Willan, a adopté le système et a balayé l'herpétisme sans proscrire l'herpès.

Chose inouïe ! l'herpès qu'ils adoptent, loin d'être, dans le principe consacré, une maladie chronique, constitutionnelle, symétrique, est aiguë, très-limitée sur un point, qui meurt où elle naît, en quelques jours, et qui n'a pas de

reproduction fatale, parce qu'elle n'a pas de cause générale, de diathèse qui la produise. C'est souvent une cause externe la plus futile, sur les lèvres un baiser, l'action de boire dans un verre étranger, après s'être touché avec le doigt sale ; pareilles causes au prépuce chez l'homme, sur les grandes lèvres chez la femme. En un mot, le véritable herpès de tous les temps est l'antipode de ce faux herpès ; faux par son étymologie, faux par ses symptômes, faux par sa marche, faux par sa durée, faux par son diagnostic, faux par son pronostic; et cependant M. le professeur Gubler n'a pas craint d'augmenter encore la confusion en établissant une angine herpétique, parce qu'il a découvert dans le gosier quelques vésicules éphémères de leur herpès, vésicules que notre maître Alibert plaçait dans les derniers genres de ses eczèmes et qu'il appelait bien plus justement olophyctis, vésicules chaudes.

Ce langage est si étrange, de trouver des herpès sans herpétisme, que je viens de lire avec intérêt la thèse d'un jeune confrère, M. Guilheaume, qui n'a pu comprendre la chose telle que l'avait faite l'école de Willan-Biett, puisque, en bon logicien, il voudrait trouver à l'angine herpétique un herpétisme quelconque. (*De l'angine herpétique*, thèse inaugurale, Montpellier, 1878, p. 21.) Malheureusement c'est impossible, malgré l'observation qu'il produit, dont le sujet avait présenté un eczéma à la face, qui disparut après quelques onctions de cérat, et dont la mère avait eu quelques maladies cutanées, dont on ne désigne ni l'espèce ni la nature. D'ailleurs, que peut une seule observation de ce genre, et incomplète, dès l'instant que l'angine survenue, comme celles du professeur Gubler, de Trousseau, se dissipe en quelques jours, et que toutes ces angines ne se reproduisent jamais fatalement. A coup sûr, de telles affections ne peuvent être attribuées à l'herpétisme.

Willan et Biett pourront-ils dire toujours qu'il n'existe pas d'herpétisme ? Mais l'école nouvelle a non-seulement sanctionné la doctrine des anciens; elle l'a depuis mieux expliquée et fortifiée par des faits nouveaux, par des interprétations nouvelles. C'est ainsi que MM. Bazin, Hardy, Lailler, Doyon, Baumès, Guibout, Besnier, etc., se sont expliqués de cette manière à cet égard, et nous-même dans divers articles de ce journal. Maintenant la question que nous nous posons est d'indiquer quelles sont les maladies, et en particulier les vari, qui reconnaissent véritablement une origine constitutionnelle herpétique.

Ici, dans le genre varus, l'école régnante, comme celle de Willan-Biett, ne reconnaissent point d'herpétisme; M. Bazin seul y trouve du scrofulisme. Eh bien ! je crois pouvoir prouver que si les vari sébacés ou disséminés ne peuvent se rattacher directement à la cause herpétique, le varus couperosé ne peut reconnaître d'autre origine, et que les autres ne dépendent nullement de la scrofule. Je n'excepte pas même de la cause herpétique ces trognes d'ivrognes qui multiplient les étages de leur nez par divers tubercules, car leur varus commence par une rougeur rampante, irrégulière, souvent furfuracée, et la phlogose entretenue par les libations hypertrophie ensuite les cystes sébacés, dont les sécrétions augmentent d'abord, puis se ferment et constituent alors des tumeurs enkystées ou des tubercules. De manière que la cause herpétique première s'est aggravée de l'influence de l'ivrognerie; car on sait bien que les liqueurs alcooliques et le vin retentissent de l'estomac sur la face, qui sort toujours illuminée d'un repas bien arrosé.

Il est si vrai que l'estomac a une action réflexe, j'allais dire sympathique, sur la figure, que j'ai connu plusieurs personnes d'un teint posé, s'illuminer par les plus vives couleurs en prenant leur repas même fort modeste, et leur

figure se perler de grosses gouttes de sueur. Je crois pareillement que la propension de la jeunesse à rougir à la moindre émotion peut ne pas être étrangère à ces pustulations de varus disséminé ou miliaire. En effet, si l'on observe ces rougeurs subites chez les jeunes filles ou les adolescents, on ne les voit peut-être jamais sur les hommes et femmes adultes, encore moins chez les vieillards.

Un viel abbé atteint d'une maladie organique du cœur (rétrécissement mitral), fut atteint assez rapidement d'un varus couperose, *gutta rosea*, qu'il ne faut pas confondre avec le varus *disseminatus*. Celui-ci se rencontre surtout chez les jeunes gens, l'autre chez les hommes d'un certain âge. Chez ce malade, le nez et les pommettes présentèrent d'abord quelques rougeurs qui s'étendirent bientôt au front, au menton et à tout le visage. Ces rougeurs, d'abord assez unies, s'accentuèrent par des papules élevées et confluentes. Sur le sommet de ces papules les plus saillantes, on voyait de temps à autre une petite sécrétion d'un jaune brillant et transparent comme une perle de succin, le tout mêlé de quelques petites squames ou furfures. Cet ensemble défigurait si fort ce brave homme, qu'il n'osa plus sortir de chez lui, de peur qu'on crût qu'il se livrait à la boisson, lui qui, au contraire, était soumis à un régime lacté à cause de sa maladie du cœur. Ce ne fut que lorsque celle-ci s'aggrava et qu'il devint tout infiltré, que la dermatose disparut d'elle-même. Or, une maladie de la peau qui dure plusieurs années et qui ne disparaît que par un état cachectique différent, n'est-elle pas aussi une affection constitutionnelle elle-même ? Avec les caractères de chronicité, de papulation, d'hyperémie cutanée, de reptation, de sécrétion, de furfuration, ne doit-on pas lui reconnaître pour première origine l'herpétisme? Je me borne à cette réflexion pour ce cas là.

Un autre curé vit peu à peu sa figure se couperoser à commencer par le nez, les pommettes, puis le menton et le front. Des papules distinctes par leurs saillies, arrondies toutefois, mais confondues par leurs bases, constituaient ces plaques rouge écrevisse. Comme dans l'observation précédente, le sommet de ces papules sécrétait une perle succinée plus ou moins colorée en rouge, pendant aussi que des furfures se montraient par-ci par-là. Ce bon curé ne fit jamais aucun remède et porta son varus bravement pendant plusieurs années. Lorsque l'âge de soixante-dix ans arriva, il diminua d'intensité et augmenta en étendue. Ses papules s'affaissèrent, mais toute sa figure devint rouge jusqu'aux oreilles, le cou et les cheveux, parsemés de petites furfures qui se produisaient et s'exfoliaient de temps à autre sur divers points. Enfin, aujourd'hui que ce digne homme touche à quatre-vingts ans, il entre dans une nouvelle atténuation; il est moins rouge, moins furfuracé, mais il l'est encore. Dira-t-on que malgré ses transformations, ce n'est pas là une dartre? Mais son frère, dans le cours de sa vie, a eu plusieurs poussées de dartre squammeuse humide, et en permanence la même dermatose à une jambe.

Une demoiselle brune, vive, alerte, à tempérament sec, et probablement souffrant de sa continence, se vit poindre diverses pustules parsemées sur le visage (*varus disseminatus*). Ces pustules acuminées, à large base, se transformèrent, ou se compliquèrent, à l'âge critique, de papules de couperose (*varus gutta rosea*), qui finirent par envahir toute la figure. Cette demoiselle fit quelques remèdes, mais, découragée aussitôt, finit par ne plus oser sortir et se claquemura chez elle, de manière qu'elle est morte avec son varus. Comme les affections précédentes, cette rougeur vive, carminée, papuleuse de la peau présentait les mêmes grains succinés et les mêmes furfures. Dira-t-on encore

que ce n'est pas là une dartre ? Eh bien, sa nièce présenta les mêmes papules rosées au nez et sur les pommettes, qui ne passèrent qu'après un traitement et surtout une couche. N'y a-t-il pas là les caractères de transformation, d'hérédité des maladies dartreuses ? n'y a-t-il pas là l'herpétisme héréditaire producteur ? Je vois très-souvent deux femmes, la fille et la mère affectées de couperose. La fille vint me consulter, il y a quelques années, pour une dartre likénoïde des mains qui lui déformait les ongles. Alors, quoique jeune sans enfants, elle avait quelques papules de couperose surtout sur les joues ; la mère pareillement. Aujourd'hui ces dermatoses, pour lesquelles les paysans ne consultent pas, se sont étendues ; la mère surtout en a une figure transformée. N'y a-t-il pas là l'herpétisme caractérisé par l'hérédité la plus directe et la plus manifeste ? Cette particularité que chez la fille la cause diathésique prend deux formes : *herpès likénoïdes* aux mains, *varus gutta rosea* à la face, ne désigne-t-elle pas une pathogénie commune ?

En 1858, je consignai dans le *Bulletin de thérapeutique* l'histoire d'une femme jeune encore, affectée aussi d'une couperose présentant ces sortes de papules avec excrétion et furfuration sur le nez, les joues et le menton, et je la traitais par des applications permanentes de pommade au protoiodure de mercure, pour répondre à l'époque aux idées et traitement de M. Rochard et aux essais de M. le professeur Hardy. Avec cette pommade iodurée qu'avait préconisée aussi M. Boinet, je rendis la peau du visage de cette femme parfaitement blanche et lisse, par la chute de ces papules transformées en une sorte de croûte. Jamais cette femme n'avait eu la peau si fraîche et le teint si posé ; c'était merveille ! Mais quinze jours après les papules reparurent une à une sur les mêmes régions et la maladie se reconstitua entièrement. Cette dernière circonstance n'est-

elle pas le propre des maladies dépendant de l'herpétisme? N'est-ce pas cette disposition constitutionnelle préexistante qui a renouvelé l'altération de la peau?

Ajoutons que dans tous ces cas que je viens de citer, personne n'a présenté un symptôme de scrofule. Je dirai plus : en province, où nous assistons à la succession des générations, je puis affirmer qu'aucun membre des familles de ces malades n'a offert le moindre ganglion engorgé.

Je viens de parler de papules, lorsque divers dermato-pathologistes désignent par pustules ces légères éminences de la couperose, parce que ces éminences, comme je l'ai dit, présentent souvent à leur sommet cette goutelette de sérosité concrétée, plus ou moins sanguinolente. Mais est-ce que les papules du prurigo ne présentent pas des phénomènes analogues? Cette circonstance de voir ces petites inégalités du derme jamais en suppuration, seulement légèrement et si particulièrement sécrétantes, joint à ce qu'elles ne sont jamais acuminées, toujours peu saillantes, à peine marquées par des ondulations, me les font dénommer papules et nullement pustules. De plus, les papules ne sont-elles pas des formes anatomiques (notez que je ne dis pas éléments) particulières aux herpès : les furfuracées arrondis, les likénoïdes? Celse n'a-t-il pas désigné des dartres sous le nom de *papula?* Et, en effet, que sont certaines plaques herpétiques, sinon des papules congrégées ou étendues?

Il est d'autant plus essentiel de différencier les altérations anatomiques du varus couperose, qu'il y a de véritables pustules dans le varus disséminé et le varus mentagra. Dans ces petites tumeurs, il y a du pus; elles sont distinctes par une base inflammatoire limitée, turgescente. Ces pustules plus ou moins acuminées, je l'ai indiqué (*Histoire de l'inflammation dartreuse*, thèse inaugurale, 1833), se développent autour des follicules sébacés ou pileux, et

ces utricules contiennent le plus souvent des grumeaux sébacés, à moins qu'elles s'élèvent autour d'un poil qui lui sert de centre d'irritation et peut-être de cause aussi de développement hyperémique. D'autres fois la petite pustule n'est ni développée, ni à base enflammée, turgescente; elle naît, se développe avec sa gouttelette de pus sous-épidermique dans l'espace d'une nuit; non pas autour des follicules, mais simplement sur leurs goulots, car avec beaucoup d'attention, on y voit au centre une dépression à peine perceptible ou un poil follet. Il n'en est pas de même des pustules qui contiennent un grumeau sébacé ou un poil adulte de la barbe. Leur disposition histologique est assez compliquée, car le pus se trouve toujours sous la pellicule épidermique qui revêt l'intérieur du cyste comme son extérieur: ce qui le prouve, c'est l'imperceptible dépression que l'on distingue encore au sommet de la pustule, dépression du canalicule aboutissant au grumeau sébacé qui, par la compression, s'échappe avec la gouttelette de pus, et constitue ainsi une sorte de bourbillon. Enfin, en divisant du sommet à la base ces sortes de pustules, on trouve que la tumeur inflammatoire constitue un cône qui a sa base en bas, tandis que la gouttelette de pus qu'elle renferme représente l'inverse, c'est-à-dire, sa base en haut et son sommet dans le centre de la tumeur inflammatoire.

J'ai pu observer un homme dont les parents étaient aussi sains que robustes, exempts de tout scrofulisme; pareillement, le fils, que j'avais connu dès l'enfance, n'avait jamais eu ni glandes ni aquores; mais il présenta dès sa puberté, jusqu'à sa cinquantaine, des pustules de varus disséminé à la face; si grosses, si enflammées, que chacune d'elles était une sorte de petit furoncle, mettant plusieurs jours à se développer, et finissant par produire avec la sortie du pus un grumeau sébacé si gros, que son expulsion occasionnait une telle déchirure dans ces tissus enflammés,

qu'il en résultait une véritable cicatrice blanche, et partant la destruction du follicule ou tout au moins son occlusion. C'était le véritable mode de guérison de l'affection, attendu qu'une fois le follicule détruit la sécrétion folliculaire n'était plus possible. Ce varus était-il la maladie que M. Bazin a appelée acné varioliforme et Batemann *molluscum contagiosum;* que M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, traite aujourd'hui en traversant les pustules, les petites avec une épingle, les grosses avec une aiguille à cataracte? Ce qu'il y a de certain, c'est que le traitement de M. Besnier aurait dû convenir ici pour hâter la destruction des pustules; mais je ne sache pas que ce mal ait été contagieux et qu'il ait été communiqué à personne.

Dans toutes les affections vareuses disséminées, on observe encore de petites tumeurs tuberculeuses qui n'aboutissent pas en suppuration, et qui se terminent à la longue par résolution. Or, dans ces cas, il m'a paru évident que le cyste n'avait pas été entièrement détruit par l'inflammation et la suppuration précédentes, qu'il en restait encore quelque fragment qui provoquait de nouveau une certaine hyperémie, différente à cause de la différence de l'anatomie locale. Les pustules, les tubercules qu'on observe dans le *varus mentagra* ont les mêmes dispositions anatomo-pathologiques.

Est-ce à dire que dans le varus couperose ces follicules sébacés ne soient pas malades; que ces perles succinées qu'on y découvre ne viennent pas des follicules et de l'excitation que l'inflammation ambiante leur procure? Tout le fait admettre, et c'est ce qui constitue pour ces dermatoses une analogie de plus qui justifie encore le genre varus de mon illustre maître. Seulement ici, le mode de l'inflammation étant différent, plus chronique, plus superficiel, moins particulier aux follicules, et ceux-ci moins disposés à s'enammer par la cause irritante du grumeau sébacé, ne pren-

nent qu'une part indirecte aux phénomènes hyperémiques.

Maintenant les *varus mentagra*, *disseminatus*, *sebaceus miliaris* dépendent-ils du même vice herpétique ou, si l'on veut, de la diathèse constitutionnelle qui les engendre? A considérer la chronicité de ces affections, leur durée, leur siége à la surface de la peau, *in superficie hœrent*, disait Paul d'Egine, leur résistance au traitement, leur reproduction, leur transformation, on devrait les placer toutes parmi les dartres, et partant les considérer d'origine herpétique. Toujours est-il qu'il n'est pas possible de les faire dépendre d'une tout autre nature, car M. Bazin, qui leur a donné pour pathogénie le scrofulisme, a été à peu près seul de cet avis.

Sans doute on ne peut nier que l'herpès esthiomène, le squammeux humide, la mélitagre, affectionnent particulièrement les tempéraments lymphatiques, même les constitutions scrofuleuses; mais c'est une affaire d'affinité, de combinaison diathésique sur laquelle nous ne savons pas le premier mot. Seulement, ce qui nous atteste son existence, c'est qu'il est prouvé dans l'histoire de la médecine que, le médecin vivrait-il deux cents ans, il ne voit jamais deux maladies identiques. Peut-il en être autrement lorsque nous voyons toutes nos figures, notre sensibilité, notre intellect, nos forces, nos inclinations, nos dispositions différentes? est-il étonnant que si nos tempéraments sont modifiés de tant de manières, nos dispositions morbides, nos cachexies, nos diathèses puissent se combiner?

Toutefois, si ce mulet diathésique existe, il est fort rare dans les maladies qui nous occupent, car je n'ai vu aucun de ces varus sur des scrofuleux. Au contraire, je vois le *varus sebaceus miliaris* sur le front brillant et virginal de la jeune fille la mieux douée en santé, souvent d'un tempérament sanguin. Je ne me rappelle pas avoir vu aucun genre de varus sur des filles chlorotiques. Loin de

moi cependant la pensée de soutenir que les vari sébacés et disséminés soient particulièrement d'origine herpétique. Je crois seulement qu'ils dépendent d'une disposition innée de la peau quant au développement des cystes, se combinant avec une certaine activité des capillaires; de leur impressionnabilité, déterminant l'hyperémie à la moindre cause. Voici sur ce quoi je me fonde.

J'observe des personnes dont le développement des cystes cutanés est tel, qu'après une longue maladie ou certaines négligences de toilette, ces cystes se distendent par la matière sébacée; leurs goulots s'élargissent et montrent une multitude de points noirs, comme des grains de poudre à canon. Ce phénomène s'effectue par l'action de l'air et de la poussière sur cette portion de matière sébacée, qui reste graisseuse et jaune dans l'intérieur du petit utricule. J'en ai vu d'autres dont les sécrétions sébacées, étant plus liquides, s'épanchaient sur la peau, et le visage semblait huilé. Chez toutes ces personnes la peau était pâle, et cette disposition des cystes sébacés ne suffisait pas pour leur amener des vari disséminés ou *miliaris*. Il fallait quelque chose de plus. Est-ce l'herpétisme? Personne ne saurait l'affirmer ni cependant le nier! Le quelque chose qu'il faut certainement, c'est l'activité circulatoire de la peau dans le jeune âge. L'évolution de la puberté, l'orgasme génital ne sauraient y être étrangers, car varus sébacé miliaire, varus disséminé, s'éteignent peu à peu chez la femme mariée; et si j'ai observé ces sortes de vari chez les jeunes gens continents, je n'en ai jamais trouvé chez les libertins. Qu'on fasse des observations sur ce point de vue.

Il est si manifeste que, outre la disposition innée, organique, individuelle des follicules, il faut encore une cause, je n'oserai pas dire diathésique, mais constitutionnelle, c'est que lorsque dans la vieillesse il ne reste plus

que la disposition anatomique des follicules, ceux-ci se vident tout simplement sur la peau, y forment une croûte extérieure (séborrhée), sans produire aucune inflammation dans le tissu dermoïde. C'est ainsi qu'en autopsiant une vieille femme affectée de ce varus, et en fendant perpendiculairement la croûte et la peau, je vis l'humeur sébacée qui formait la matière de ce varus en continuation avec celle qui se trouvait dans les follicules considérablement distendus. Alibert a reproduit mon observation dans sa *Monographie des dermatoses* (t. II, p. 68), et la peau autour des follicules n'était en aucune manière hyperémiée.

Maintenant, à part l'origine herpétique manifeste du varus couperose, il est certain que toutes ces espèces de dermatoses débutent, envahissent, atteignent particulièrement les follicules sébacés ou pileux, et que par conséquent elles ont là des rapports anatomiques. D'autre part, comme je l'ai dit, par le fait que l'un d'eux, le varus couperose, est vraiment de pathogénie herpétique et qu'il devait prendre place dans ce groupe de maladies, les autres, par leurs analogies de siége, d'histologie, de chronicité, de marche, de persévérance, ne pouvaient en être séparés. Ils devaient donc, non pas être confondus avec les herpès, je parle des véritables herpès de Celse, de Galien, de Lorry, d'Alibert, mais y toucher de quelque point, comme a fait mon illustre maître, en créant son genre varus. En effet, dans toute classification n'y a-t-il pas d'abord des rapports plus ou moins intimes de continuité, s'éloignant ensuite insensiblement, jusqu'à ce qu'il n'y ait même plus qu'une légère ressemblance? Ainsi en est-il du genre varus d'Alibert : la couperose touche immédiatement aux herpès; les varus mentagre, disséminé et miliaire s'en éloignent successivement et constituent les confins du groupe des maladies dartreuses. Or ces dermatoses sont si bien dans leur position légitime et naturelle, que personne n'a su les

mettre ailleurs, et que M. Bazin seul, qui l'a tenté, de l'aveu unanime n'y a pas réussi.

D'après ces considérations pathogéniques, y a-t-il une métrite et une angine herpétiques? et d'abord y a-t-il un herpès comme l'entend l'école Willan-Biett? Il y a un herpès à leur manière, s'ils veulent bouleverser tout le langage, toute la logique; mais alors leur herpès est sans herpétisme.

Cet illogisme (qu'on me permette de créer ce mot pour la circonstance) est si étrange, si incompréhensible, qu'il a paru naturellement impossible à notre jeune confrère M. Guilheaume, puisqu'il s'efforce à trouver à son angine herpétique un herpétisme, et qu'il se dispose au besoin à le combattre avec les préparations arsenicales (*Ibid.*, p. 47). Mais c'est tout à fait inutile, puisque, de son propre aveu et d'après les observations de M. Gubler, la maladie est si éphémère qu'elle ne dure guère que très-peu de jours et disparaît d'elle-même. Voilà où conduit un langage qui ne peut représenter justement ni la réalité, ni la totalité, ni la nature de la chose, et ne peut en donner que de fausses idées. Si M. Édouard Fournier, qui, avec tant de raison, accorde une si grande puissance aux signes du langage, pour penser et raisonner juste, rencontrait de si fausses idées, assurément il nous donnerait quelque excellente leçon de logique qui ne flatterait pas l'école de Willan-Biett. Le tort est donc toujours à ces initiateurs si mal inspirés, sans absoudre M. le professeur Gubler qui s'est laissé entraîner à l'imbroglio anglais, et qui ne s'est pas souvenu de ce que disait à ce sujet M. Rosambun, que *la mauvaise doctrine avait pris le pas*. Qui arrêtera ce pas? qui empêchera d'y venir s'y heurter et s'y briser sa logique, comme notre confrère qui, à bon droit, a cru qu'il ne pouvait y avoir une angine herpétique sans herpétisme?

Mais alors qu'est donc cette espèce d'angine? Elle est un

des derniers eczèmes de notre excellent maître; ce sont quelques vésicules d'olophlyctis développées sur les amygdales, où elles surgissent comme aux lèvres, au prépuce, sur les grandes lèvres et le col utérin. Qu'on eût appelé cette éruption accidentelle herpès tonsillaire, passe ! Encore aurait-il fallu le faire en prenant le faux langage de Willan ; mais faire du mot herpès un adjectif qualificatif, c'est faire croire qu'il s'agit de la plus grande profondeur de la maladie, de sa nature, de son essence! C'est ce qu'a cru, et a dû croire M. Guilheaume, et nous l'en féliciterions si sa bonne volonté avait pu concilier le mot avec la chose, la forme avec le fond.

Traitement. — Quoique Celse ait porté une sentence inexorable sur le traitement de ce genre d'affections, *pene ineptia curare vœros et ephelides,* j'ai reconnu une action thérapeutique du goudron sur les éphélides (*Un mot sur les affections dyscromateuses*, in *Bulletin général de thérapeutique,* t, XXV, 1845), et plus tard j'établissais un traitement rationnel contre les diverses espèces de varus (*Ibidem,* t. LXV, 1858). Aujourd'hui je vais reproduire ce traitement que l'expérience de vingt ans m'a encore mieux sanctionné.

Pendant mon séjour à l'hôpital Saint-Louis, 1827-1833, j'avais remarqué que les parties du visage que l'on savonnait pour faire la barbe avaient beaucoup moins de pustules vareuses disséminées, et je ne tardai pas à comprendre que cela dépendait de l'action du savon délayant la matière qui pénétrait plus ou moins dans les goulots des follicules sébacés. L'action du rasoir, en les comprimant aussi en passant et les exprimant d'une certaine manière, n'y était pas étrangère. Je fis donc des expériences à ce sujet, je conseillai des lavages savonneux sur toute la figure, et autant que possible des raclages superficiels avec les ongles, une spatule, ou un coupe-papier un peu flexible, qui amenaient une matière

grasse évidemment sébacée. Sous ce raclage la peau restait plus propre, plus blanche ; l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules était diminuée, surtout leur obturation détruite, et par suite l'irritation des follicules étant amoindrie, le nombre des pustules du varus disséminé était moindre, comme le degré de leur hyperémie. Bien entendu que je trouvai tout aussitôt que c'était là le véritable traitement du varus sébacé ponctué, et même de celui qui déversait ses matières au dehors pour former des croûtes grises ou noirâtres vraiment repoussantes. J'ai traité deux vieilles femmes, une paysanne et une religieuse tellement défigurées par les croûtes qu'elles se croyaient atteintes d'une maladie grave et incurable. Aussi furent-elles fort étonnées de se trouver guéries, ou tout au moins débarrassées de leurs croûtes, avec des simples lavages avec la mousse de savon. Seulement, leur incurie de toilette persistant, les croûtes peu à peu reparurent. Quelquefois j'ajoute à ce savon un peu de sous-carbonate de soude pour augmenter son action dissolvante, ou bien je fais des lavages avec de l'eau alcalinisée pour enlever le savon.

Tel est le traitement que je crois être le premier d'avoir préconisé et publié en 1858 contre les différentes espèces de varus ; car je ne sache pas qu'avant moi personne ait prescrit les lavages alcalins, encore moins les raclages ; tandis que depuis mes publications, à peu près tous les dermo-pathologistes les utilisent. Dans le varus mentagre, où je puis faire prendre des bains au menton, je les prescris émollients, alcalins, sulfureux, ioduro-sulfureux suivant l'indication ; mais le plus souvent je me borne aux bains alcalins le matin, pour enlever les applications savonneuses du soir. D'abord je proscris toute application huileuse ou graisseuse, qui obturerait les goulots des follicules, occasionnerait un magma difficile à enlever et finalement sale dans le varus mentagre, en se mêlant aux poils de la barbe.

Mes médicaments modificateurs sont incorporés dans de la poudre de savon que l'on applique en mousse avec un pinceau à barbe, ainsi qu'on le pratique pour cette toilette. Comme je l'ai fait pressentir, je fais faire ces applications le soir, pour que le malade les garde toute la nuit et ne les enlève que le matin avec les lavages alcalins. Voici les formules de mes savons médicamenteux contre la couperose, la mentagre et le varus disséminé.

℞	Poudre de savon........	100 grammes.
	Sulfate de fer pulvérisé..	5 —

Mel. exact.

Dans les cas rebelles j'emploie la sulfate de cuivre, mais à la dose de 3 grammes seulement pour la même quantité de poudre de savon. J'emploie pareillement aussi, dans les affections précitées, le composé suivant :

℞	Glycérine pure..	50 grammes.
	Sublimé corrosif........	1 —
	Essence de géranium....	10 gouttes.

Dissolvez.

J'ai utilisé de la même manière le sulfate de zinc.

Je n'ai pas recours à l'épilation pour la mentagre, parce qu'elle est trop douloureuse et souvent inutile. D'ailleurs bien des dermato-pathologistes y ont renoncé, entre autres M. Lailler. Je me borne à conseiller, ainsi que le faisait Alibert, de se faire la barbe avec des ciseaux.

Je ne dois pas omettre de rappeler que lorsque M. Rochard croyait amener la dépuration herpétique en produisant localement une vive inflammation et par suite des excrétions avec le triple sel d'iode, de chlore et de mercure employé en pommade, alors que M. Hardy employait dans le même but le deutoiodure de mercure, j'obtenais les mêmes résultats avec le protoiodure, comme je l'ai indi-

qué plus haut et consigné dans le travail que j'ai cité ; mais, je l'ai dit encore en 1858, mon maître, le baron Alibert, obtenait les mêmes effets avec les cautérisations au nitrate d'argent, ainsi que j'en ai donné l'histoire pour deux cas de varus couperose (in *Journal universel des sciences m-dicales*, 1829) ; l'action de tous ces modificateurs est la même ! C'est une inflammation à la fois vive et substitutive dont l'acuité détruit, sphacèle si l'on veut, l'altération cutanée, mais seulement pour quelque temps, souvent fort peu de temps ; car l'herpétisme qui préexistait, et qui n'est pas mort, reproduit la dermatose. D'ailleurs ce genre de traitement exige la clôture des malades dans leur appartement, parce qu'ils n'osent se montrer avec leurs figures emplâtrées et fluentes, et presque tous refusent de s'y soumettre, d'autant qu'on ne peut ainsi leur promettre une guérison durable et définitive.

Je me borne donc généralement aux applications locales résolutives dont j'ai parlé, puis à une médication générale dérivative et éliminatrice que je fais consister :

1° En la privation des boissons alcooliques et échauffantes ;

2° Particulièrement dans un régime frugal et herbacé ;

3° Dans l'usage de beaucoup de petit-lait, de décoction d'herbes de la saison, dites dépuratives : le cresson d'eau, la fumeterre, la bardane, la patience, et généralement nitrées.

4° Enfin des purgatifs répétés, choisis particulièrement parmi les eaux minérales naturelles ou artificielles, etc ;

Traitement sur lequel je me suis particulièrement étendu dans mon *Hydrothérapie générale* (1853) et dans mon *Dogmatisme pratique des maladies dartreuses* (in *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXVII, 1849).

D'après ce qui précède de la pathologie des affections vareuses, on doit voir que si elles n'ont pas toutes la même

origine herpétique, elles ont entre elles les plus grandes analogies par leur siége, leur histologie, leur marche, leur durée, leur persévérance et même leur traitement. Il y en a doncplus qu'il n'en faut pour justifier le genre varus établi par notre illustre maître, et pour guider bien plus sûrement, par leur réunion, les praticiens, que ne le peut l'éparpillement effectué par l'école anglaise, tendant ainsi nécessairement à égarer les thérapeutistes.

IV

ECZÉMA CIRCINÉ DE LA FACE, DE NATURE ARTHRITIQUE, par le Dr Sénac-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Cauterets.

Le nommé T... (Charles), âgé de 40 ans, entre le 7 janvier dans le service de M. le docteur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Il eut la syphilis il y a 20 ans : l'accident syphilitique initial fut suivi d'accidents secondaires, roséole, manifestations multiples de syphilides papulo-érosives des muqueuses labiale et pharyngienne, avec complication d'arthralgie, etc.

Cet homme entre à l'hôpital pour une arthrite blennorragique de l'articulation du poignet droit.

Il porte depuis onze mois, de chaque côté de la face, mais plus marqués à gauche, de larges cercles érythémateux. Ces cercles partent des ailes du nez et, suivant irrégulièrement la ligne des poils de la barbe, traversent les régions génienne, massétérine, pour s'achever d'une façon indistincte dans la région sous-hyoïdienne. Ils embrassent donc dans leur courbure plus de la moitié inférieure de la face. Ce sont des auréoles inflammatoires, représentant des lignes elliptiques réunies par leurs extrémités ; ces lignes sont faites d'érythème; pas de vésicules, ni papules, ni pustules ; de petites saillies papillaires formant bourrelet et par points de légères squames blanc jaunâtre. Même aspect dans la région des poils, où la rougeur est moins

apparente, mais où les squames sont plus abondantes. Les poils noirs, soyeux, conservent leur teinte normale et leur consistance n'est pas changée.

Cette éruption s'est développée dans les conditions suivantes :

Origine spontanée;

Prurit violent dans la région, grattage qui amène à plusieurs reprises l'écoulement d'un liquide roussâtre, pour employer l'expression du patient;

Tour à tour, résolution et exacerbation de ces mêmes phénomènes.

A quel genre de lésions et à quelle classe d'affections, rapporter l'éruption mentionnée?

Reprenons l'étude générale du malade.

Il entre pour un rhumatisme blennorhagique de l'articulation du poignet, et plusieurs jours après son entrée (25 janvier), des douleurs rhumatoïdes occupent l'articulation du coude, de l'épaule du même côté, les muscles du cou, etc. L'éruption est symétrique, elle occupe des parties découvertes et se développe sous l'impression de démangeaisons violentes (prurit, picotements). Le liquide exhalé qu'accuse le malade est peu de chose, il n'a jamais empesé le linge. Admettons que, tout autant que l'hypersécrétion épidermique, il provoque, en se concrétant, la formation de ces petites lamelles blanc grisâtre qui se voient à la base des poils et dans leur intervalle.

Nous retrouvons dans certains des phénomènes qui accompagnent les formations de l'éruption et l'éruption elle-même, les caractères de l'arthritis : apparition sur des surfaces découvertes, démangeaisons, suintement rare, état général rhumatisant.

Nous n'avons pas assisté au début, pas plus qu'à la période d'état de l'éruption, qui date de onze mois. Nous croyons, d'après le dire du malade, à une nouvelle poussée sur

place de l'éruption dans la période de desquamation qui est bien celle que nous observons.

Mais si le malade est arthritique, il est aussi syphilitique et chez un arthritique comme chez un syphilitique, peut se développer une éruption parasitaire, de sorte que le problème se trouve posé en ces trois termes : Est-ce une arthritide ? est-ce une syphilide? est-ce une affection parasitaire ? Est-ce une arthritide chez un syphilitique ? Est-ce une affection parasitaire chez un arthritique doublé d'un syphilitique?

Si nous avons affaire à un parasite, ce ne peut être qu'un trichophyton ; on peut observer des éruptions parasitaires dont la période de début est longtemps stationnaire. Mais si l'éruption a été prurigineuse, nous n'avons point observé d'un autre côté de phénomènes de contagion ni aux mains ni ailleurs. Les poils ont conservé leur consistance et leur aspect normaux ; l'examen microscopique pratiqué à plusieurs reprises, a été négatif. Une première fois, cependant, l'examen, fait de concert avec notre collègue et ami Malassez, dont l'expérience fait foi, nous a permis de découvrir sur un poil trois à quatre petites spores, mais sans mycélium ; de plus, ces spores ont rapidement disparu sous l'influence de la glycérine acidifiée. Il ne pouvait être question que de spores vulgaires.

L'éruption est-elle alors syphilitique ? C'est une manifestation superficielle, dès lors légère, et la syphilis a 20 ans ; il n'y a pas de rapport entre l'âge de l'affection et la lésion qui la traduit.

Les syphilides superficielles sont en général disséminées ; et celle-ci est circonscrite : autre contradiction. Ajouterons-nous que la lésion élémentaire n'offre pas la teinte syphilitique, qu'elle est aprurigineuse, sans tendance à la chronicité, et que si elle présente la forme cerclée commune aux manifestations syphilitiques, ce signe, nullement patho-

gnomonique, ne peut entrer en lutte contre les autres signes négatifs. Cette lésion, du reste, serait eczémateuse, et l'eczéma syphilitique (syphilis herpétiforme, herpès syphilitique des willanistes), très-rare, n'a jamais été observé par notre maître, M. Fournier, à la face, pas plus qu'aux mains et aux pieds.

Le traitement bien plus que les caractères de l'éruption devait éclairer la vraie nature de cette maladie.

Nous avons dit que le malade était entré à l'hôpital pour une arthrite blennorrhagique de l'articulation du poignet droit, que diverses autres jointures avaient été prises, en même temps que des douleurs rhumatoïdes occupaient les muscles de la nuque.

Des bains de vapeur constituèrent la médication ordonnée contre ces accidents. En même temps qu'ils agissaient en bien sur ces manifestations, ils amélioraient et finalement amenaient la guérison de la maladie locale, car au bout de vingt jours, la rougeur érythémateuse disparaissait, les squames tombaient et la peau reprenait son aspect normal.

C'était donc bien un eczéma arthritique de la face que nous avions pu observer.

Gibert, Rayer, M. Hardy, admettent comme variété l'eczéma de la face, mais ils n'entrent point dans les détails du siége de cet eczéma et ne parlent point de ses relations avec une maladie constitutionnelle.

Gintrac fait de l'eczéma chronique de la face une variété de l'eczéma herpétique.

Bazin donne comme siége à l'eczéma arthritique de la face, soit le front, soit les lèvres, soit les tempes. « Il se présente, dit-il, sous forme de plaques. Quel que soit d'ailleurs le siége qu'elles occupent, ces plaques offrent une sécheresse remarquable, sont recouvertes de squames minces ou de croûtes jaunâtres et lamelleuses, sont

le siége, à leur début, d'une démangeaison assez vive qui ne tarde pas à faire place à des élancements et picotements, etc. »

L'observation que nous venons de retracer nous permet d'affirmer que toutes les régions de la face peuvent être le siége de l'eczéma arthritique, qui peut y présenter la forme cerclée à grandes orbes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La collection des anciens syphiliographes va s'enrichir d'une nouvelle traduction, celle de l'ouvrage de Fernel sur le traitement de la syphilis.

Cette traduction est due à l'un de nos jeunes et sympathiques confrères, M. Le Pileur, que nous ne saurions trop féliciter d'avoir entrepris un travail digne d'être lu avec plaisir par tous ceux qui s'intéressent et aux travaux du passé et à l'étude de la syphilis.

Rappelons en passant qu'un des médecins de l'Antiquaille de Lyon, M. le Dr Potton, avait publié il y a quelques années une traduction très-remarquable et très-savamment annotée du traité du gayac, par Ulric de Hutten : c'était, en outre, un vrai chef-d'œuvre de typographie. Depuis lors, M. le Dr A. Fournier, entrant dans la voie ouverte par notre collègue, avait commencé sous une autre forme cette collection des anciens syphiliographes (Fracastor, J. de Vigo, J. de Béthencourt), à laquelle M. le Pilcur vient aujourd'hui ajouter un nouveau volume.

Nous devons à son obligeance de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs une notice sur Fernel placée en tête de la traduction qui doit paraître prochainement à la librairie Masson.

NOTICE SUR J. FERNEL

Nous n'avons pas l'intention d'écrire ici la vie de Fernel. Ses biographies sont assez nombreuses pour que tout le

monde sache que ce fils d'hôtelier, grâce à un travail opiniâtre, facilité, du reste, par une remarquable intelligence, acquit en France le plus grand renom médical du XVI[e] siècle. Tout le monde sait également que ce ne fut pas une vocation bien franche qui le poussa vers la médecine, que celle-ci pourtant le traita en véritable enfant gâté et lui valut une fortune égale à sa réputation. En effet, il avait pour ce que nous appellerions maintenant les sciences exactes, sciences qui comprenaient à cette époque l'astrologie, une passion qui le conduisit presque à la ruine, tout en lui faisant faire des découvertes importantes, dont la plus remarquable est, sans contredit, la mesure d'un arc du méridien.

Mais les exhortations de son beau-père (1) et surtout les larmes de sa femme le décident enfin à :

> Oter, pour faire bien du grenier de céans,
> Cette longue lunette à faire peur aux gens,
> Et cent brimborions dont l'aspect importune.

et surtout à donner un congé définitif aux nombreux constructeurs d'instruments qui, logés et nourris chez lui, l'avaient aidé à faire disparaître toute sa petite fortune.

Il se remet donc de plus belle à faire des cours, à les écrire, et surtout à voir des malades. Chose étrange, la pratique, qui paraît avoir pour lui moins d'attraits que les travaux de cabinet, lui réussit au delà de ses désirs ; sa réputation devient immense, ses succès à la cour l'augmentent encore, s'il est possible; de telle sorte que ce médecin presque malgré lui dote richement sa fille aînée et laisse à sa mort de quoi établir dignement la seconde (1). Mais aussi, si l'on en croit ses biographes, il avait par excellence les qualités du médecin accompli. D'un caractère doux et affable, il re-

(1) Il avait épousé en 1531 ou 1532 *Madeleine Tournebue* ou *Tornabulle,* fille d'un conseiller au parlement de Paris. (Voir à la Bibliothèque nationale, dossier Fernel, Cabinet des Titres.)

cevait également bien le riche et le pauvre; sa figure, grave et pensive, mais bonne, contentait le malade; très-instruit, ou, pour mieux dire, encyclopédiste autant qu'on pouvait l'être à cette époque, il était à même de causer avec chacun de son métier ou de ses occupations. Cette réputation immense n'a donc rien qui doive nous surprendre, et certainement elle était due à l'homme au moins autant qu'au savant.

Sa volonté était opiniâtre, et ce fut à la persistance de son travail, contrarié par l'opposition de ses parents, qu'il dut d'atteindre le premier rang.

Depuis longtemps déjà il l'occupait dans l'esprit public, malgré les jalousies et les critiques de ses contemporains (2), quand Henri II lui offrit, en 1547, à la mort de François Ier, la place de Louis de Bourges, premier médecin du feu roi. On est heureux de constater que ce grand esprit était en même temps un honnête homme, et il s'honora certes en refusant une place qui aurait fait l'ambition de tant de gens. Cependant, sans vouloir diminuer en rien le beau rôle que joua Fernel dans cette circonstance, n'est-il pas permis de penser, d'après tout ce qu'il fit pour l'éviter, que ce titre d'archiâtre, malgré son prestige, avait pour lui bien moins d'at-

(1) On assure, dit Éloy (*Dict. hist. de la médecine*), qu'on trouva après sa mort trente mille écus d'or en espèces, des livres pour la valeur de trente mille écus, et en fonds trente-six mille livres de rente.

(2) Sans parler de la guerre que Flesselles et même Sylvius firent à Fernel, le grand médecin essuya des critiques de gens même étrangers à la médecine. Plusieurs années après sa mort, Béroald de Verville, ou, si l'on aime mieux, le rapsode qui composa le *Moyen de parvenir*, le met en scène dans son *Banquet comique*.

« Georgius... Croyez-moi que j'en rie de bon foie.

Fernel. Pourquoi d'aussi bon foie?

Georgius. Pour ce que selon votre doctrine au livre *De abditis rerum causis*, où vous deviez mettre *effectis*, d'autant que vous ne parlez aucunement des causes, mais des effets, il faut considérer... etc. »

Le mot n'est que trop juste.

traits que ses livres, ses études et surtout ses cours, dont le monde savant tout entier s'entretenait.

Fernel avait eu très-jeune des succès extraordinaires comme professeur. Il avait vu à Sainte-Barbe et au collége de Cornouailles les auditeurs retardataires s'entasser hors de la porte de l'amphithéâtre pour saisir encore quelques phrases de ses leçons, et l'on conçoit que l'enivrement d'un pareil triomphe lui fit trouver fades les faveurs de la clientèle. Aussi, jusqu'à la fin de sa vie ne cessa-t-il d'écrire ce qu'il n'avait plus le temps d'enseigner du haut de la chaire avec l'autorité de sa parole. La mort de Louis de Bourges l'obligea pourtant à vaincre sa répugnance; mais, éprouvé par la campagne de Calais, où sa nouvelle charge l'avait obligé à suivre le roi, et, si l'on en croit la chronique, cruellement affecté par la perte de sa femme, morte à Fontainebleau le 30 mars 1558, il ne lui survit que de quelques jours, et meurt à Paris, le 26 avril de la même année, ayant 61 ans accomplis.

Sa vie a été certainement une des mieux remplies qu'on ait pu voir, et la mort seule arrêta ses travaux. Ce besoin d'activité et de production lui faisait répondre à ceux qui lui conseillaient le repos : « *Longa quiescendi tempora fata dabunt.* » Trois siècles plus tard, Velpeau, non moins rude travailleur que Fernel, répétait sans cesse et jusque dans le délire de l'agonie : « Allons, travaillons, il ne faut pas être paresseux. »

Lorsqu'on traduit un auteur, on arrive peu à peu à s'intéresser non-seulement à tous ses travaux, mais encore à sa vie et aux différentes particularités de son existence. C'est ce qui nous a entraîné presque malgré nous à approfondir trois points biographiques que de nombreuses et savantes recherches n'ont encore pu faire sortir des nuages de l'incertitude. Nous n'avons certes pas la prétention de lever tous les doutes; mais nous apportons notre part à cette

étude, jugée digne d'intérêt par tant de critiques éminents, par tant de biographes consciencieux, depuis Bayle jusqu'à notre savant confrère M. le D[r] Chéreau.

Les trois points obscurs dont nous parlons sont :

1° L'âge de Fernel à sa mort;

2° Le lieu de sa naissance;

3° La cause de sa faveur à la cour.

Dans un article aussi spirituel que savant (*Union médicale*, mars 1864), M. le D[r] Chéreau a discuté les deux premiers points et une partie du troisième, en faisant ressortir la grande importance que devait avoir pour tous les biographes la vie de Fernel écrite par Plancy (1), son élève et son ami. Nous abondons dans son sens; mais, si l'on considère que cette biographie fut imprimée pour la première fois, avec l'édition de Francfort de 1607, 40 ans environ après la mort de Plancy, et qu'elle est pleine de chiffres contradictoires que le disciple de notre auteur aurait certainement corrigés, il est permis, tout en prenant ce biographe pour guide, de se substituer en quelque sorte à lui-même et, les faits en main, de rectifier les erreurs qu'il a commises ou qu'on lui a fait commettre.

Premier point : Quel âge avait Fernel quand il mourut, ou pour mieux dire, en quelle année est-il né?

Et d'abord quand est-il mort? Il est mort en 1558, et non en 1557, comme l'imprimeur l'a fait dire à Plancy; l'année à cette époque se comptant à partir de Pâques; et Pâques tombant cette année-là le 10 avril, jusqu'au 9 on était en 1557; mais Fernel étant mort le 26 du même mois, son décès ne peut être compté, qu'on suive le vieux ou le nou-

(1) Guillaume Plancy, en latin Plautius, était du Mans. Il épousa une nièce de Fernel, et vécut dix ans dans son intimité. Il mourut, à ce que l'on croit, en 1568, dix ans après son maître; son nom a été souvent estropié : ainsi Astruc l'appelle La Planche, d'autres Laplanque ou Plancé.

veau style, qu'en 1558. Première erreur typographique, dont la preuve évidente était le document englouti sous les décombres de la sinistre Commune, et dont la trace n'existe plus maintenant que dans Goulin et M. Chéreau ; nous voulons parler du testament autographe de Fernel, signé par lui (1), ses parents, ses amis et le curé de Saint-Jacques-la-Boucherie, et daté du 23 avril 1558, trois jours avant sa mort. Voilà un texte aussi authentique que possible, et qui va nous servir de point de départ. L'épitaphe latine gravée sur bronze, probablement par les soins de Philibert Barjot, enregistre exactement la date du décès, et donne comme âge à Fernel cinquante-deux ans, ce qui le ferait naître en 1506 ou 1507. Excepté Guy Patin et les différents auteurs qui ont copié le spirituel mais un peu trop léger doyen de la Faculté, tout le monde a fait justice de cette erreur de gravure. Plancy, dans son récit, parle à plusieurs reprises des études tardives de Fernel ; or, s'il était né en 1506, il aurait été reçu maître ès arts en 1519, à treize ans, et docteur en 1530, à vingt-quatre (2). Nous n'insisterons pas sur l'impossibilité de pareils chiffres, étant données surtout les habitudes scolaires de cette époque, et nous renvoyons le lecteur curieux de toute cette discussion aux notes de Bayle (article Fernel) et surtout à l'ouvrage de Goulin.

(1) Ce document était curieux à plus d'un titre. Il contenait, entre autres, la signature de Fernel. Nous en avons retrouvé une autre, probablement la seule qui existe aujourd'hui, au bas d'une quittance de pension royale sur le revenu des greniers à sel de Joinville, Laon, etc., et datée du 12 novembre 1557 (voir Bibliothèque nationale, Cabinet des titres, pièces originales, dossier Fernel). C'est celle-là que nous avons fait reproduire en *fac simile* au bas du portrait. Que M. Ulysse Robert, archiviste attaché aux Manuscrits, nous permette de lui faire ici tous nos remercîments pour la gracieuseté avec laquelle il a facilité nos recherches à ce sujet.

(2) Ces deux dates sont fournies : la première de 1519, par les *Archives générales de l'Université*, cart. 22 ; la deuxième de 1530, par les *Registres de la Faculté*, t. IV.

Cet âge mis de côté, il en reste deux : soixante-deux ou soixante-douze ans. Goulin, Éloy, Renaudin, Chéreau font mourir Fernel à soixante-deux ans ; Bayle, Astruc, le Père Daire, Hazon, à soixante-douze ans, et ces huit auteurs s'appuient également sur Plancy ! Quant à Boisseau, il constate la possibilité de ces deux dates, mais sans se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre.

Les deux camps semblent avoir également raison, car, dans l'édition de Leyde (1645, 2 vol. in-8°), page 16, ligne 5, et dans celle d'Utrecht (1656, 1 vol. in-4°), page 12, col. 2, on lit, à propos de la succession dans la charge de Louis de Bourges qui venait de mourir : « Annum tum ille (Fernel) agebat ætatis suæ circiter SEXAGESIMUM, etc. ; » et à la page suivante, dans chacune des deux éditions que nous venons de citer, à propos de sa mort : « ut cum decimo octavo die nobis immatura mors sustulerit anno aetatis suae SEPTUAGESIMO secundo Christi 1557 (*sic*). »

Or, d'autre part, on sait positivement que Louis de Bourges mourut en octobre ou en décembre 1556, et comme Fernel est mort en 1558, il ne pouvait avoir soixante ans en 1556, et soixante-douze ans plus tard ; il faut absolument ou qu'il fût dans sa soixante-dixième année à la mort de Louis de Bourges, ou dans sa soixante-deuxième en 1558. Bayle, qui le premier fait remarquer la divergence de ces deux passages, n'en tire aucune conclusion et prend le dernier âge, ainsi que ceux qui ont suivi sa version. Goulin, plus attentif, fait ressortir l'importance de la date de la mort de Louis de Bourges, s'appuie sur le premier texte pour faire naître Fernel en 1497, et le fait mourir, par conséquent, dans sa soixante-deuxième année. Nous sommes du même avis : mais la raison que fait valoir Goulin ne nous paraît pas suffisante. En effet, il y a une faute d'impression dans le texte latin, c'est évident, mais

où est-elle ? Est-ce à sexagesimum ou bien à septuagesimo? Quel texte faut-il préférer ? C'est là le point difficile !

Voici l'explication que nous donnons sous toutes réserves : 1557 est déjà une faute, nous pensons l'avoir établi en prouvant plus haut que Fernel est mort en 1558. Plancy l'aurait évidemment corrigée, s'il n'était pas mort quarante ans avant l'impression de cette biographie, et, quoique les deux dates ne soient pas solidaires, on peut croire que celui qui n'a pas su corriger 1557 en 1558 n'aura pas fait plus d'attention à septuagesimo, qui devrait être, suivant nous, remplacé par sexagesimo.

En second lieu, Bayle, en parlant de l'épitaphe latine sur laquelle on lit : *Vixit annos* LII, dit que le graveur peut bien avoir oublié deux XX. A plus forte raison peut-il avoir omis un seul X, et l'autorité fort contestable de Scévole de Sainte-Marthe ne nous suffit pas à décider la question dans le sens de Bayle.

Enfin, cet âge de soixante-deux ans concilie tout ; notre auteur aurait ainsi été reçu maître ès arts en 1519, à vingt-deux ans, et docteur en 1530, à trente-trois ans, ce qui nous semble beaucoup plus vraisemblable que l'âge de trente-deux pour le premier titre et de quarante-trois pour le second qu'il aurait dû avoir à ces deux époques, s'il était mort dans sa soixante-douxième année. De plus, et comme dernier argument, cette leçon concorde merveilleusement avec un autre passage où Plancy nous apprend que Fernel était encore en grammaire à dix-neuf ans, mais qu'en deux années il se fit recevoir maître ès arts.

Deuxième point : Quel est le lieu de la naissance de Fernel ?

Trois villes se disputent cet honneur. Amiens, Clermont et Montdidier ont trouvé chacune, pour défendre leurs prétentions, les historiens les plus consciencieux.

Ceux qui sont pour Amiens, et parmi lesquels on compte

de Thou, du Cange, Le Noël, etc., s'appuient sur le qualificatif d'Ambianus que se donnait Fernel.

Clermont a pour soutien Plancy, et Goulin, Éloy, Renaudin, Boisseau, Chéreau, etc., n'ont fait que suivre cet auteur, pensant que nul ne pouvait mieux savoir où Fernel était né.

Mézeray, Simon, l'abbé Villain, le Père Daire, Astruc, Hazon, et dans ces derniers temps MM. de Beauvillé et J. Quicherat ont soutenu les prétentions de Montdidier.

Bayle, qui probablement trouvait la question difficile à résoudre, dit simplement que Fernel était Picard, mais peut-être bien de Montdidier, quoiqu'il se dise d'Amiens et que Plancy le fasse naître à Clermont.

Amiens n'allègue comme raison que ce fameux titre d'Ambianus dont Fernel a toujours fait suivre son nom. Mais, d'autre part, les historiographes qui opinent pour Clermont disent, d'après Plancy, qu'il ne prenait ce titre que pour faire honneur à la mémoire de son père, qui était de cette ville, ou qu'il le prit a cause du faubourg d'Amiens que son père habitait à Clermont. Il est bien vrai que Laurent Fernel, le père de notre auteur, qualifié alternativement de pelletier ou d'hôtelain dans les actes, habita Clermont ; mais à partir de quelle époque ? Les deux pièces d'archives citées par M. Chéreau (Comptes des revenus de Saint-Ladre à Clermont, et Registre provenant de la paroisse de la même ville) n'ont point de date, ou tout au moins semblent bien être postérieures à 1509. Quant à la procédure du chapitre de Beauvais dont fait mention l'abbé Villain, et où il est question de « Laurent Fernel, hôtelain, demeurant à Clermont, en l'hostel où pend pour enseigne le Cigne », elle est de 1517. Nous voyons bien là des preuves que le père de Fernel habita Clermont, ce dont du reste nous ne doutons nullement ; mais que Fernel y soit né, c'est autre chose. En effet, dans une sentence de la

ville de Montdidier du 7 novembre 1503, Laurent Fernel, qui demeurait au faubourg Bequet ou Becquerel, paroisse Saint-Martin, à l'hôtellerie du Kat noir, y est qualifié pelletier. Il est encore mentionné dans un titre de l'Hôtel-Dieu de la même ville, du 8 juin 1508, à propos d'une amende dont il est frappé pour fraude de pêche. Enfin, un acte de l'hôtel de ville de Montdidier, du 30 décembre 1509, le désigne comme hôtelain. A partir de cette époque on ne retrouve plus sa trace qu'à Clermont. Or, à moins que le père de notre médecin ait habité une autre ville que Montdidier avant 1503, ce qu'aucun document ne vient prouver, il nous paraît impossible qu'il soit né à Clermont, et très-probable qu'il est né à Montdidier. Du reste, Clermont était du diocèse de Beauvais et Montdidier de celui d'Amiens, ce qui explique mieux que tout le nom Ambianus que Fernel a pu se donner, comme tant de gens se sont attribué le nom de leur province (1).

Nous dirons, pour terminer ces bien longues explications, que Goulin, voulant rester fidèle à la version de Plancy et ne pouvant combattre les faits que nous venons de citer, est arrivé à dire que le Laurent Fernel dont nous venons de parler n'était pas le père de J. Fernel. C'était trancher la difficulté d'une façon aussi simple que hardie, et nous demandons la permission de ne pas le suivre sur ce terrain (2).

(1) Fernel n'est pas le seul exemple que l'on puisse citer. Le médecin Antoine Petit, qui se faisait appeler *Ambianus* et joignait ce titre à son nom, était né au Mesnil-Saint-Georges, près de Montdidier. (*Beauvillé*, t. III, p. 216.) L'abbé Joly (*Remarques critiques sur le Dict. de Bayle*, 1re partie, p. 340) cite deux autres médecins, Sylvius et Marœul, qui, natifs du *pays* d'Amiens, ont joint, eux aussi, le mot *Ambianus* à leur nom.

(2) Le fait tombe sous le sens : sur quoi s'appuie-t-on pour dire que J. Fernel était de Clermont ? Sur ce que Laurent, son père, a longtemps habité cette ville. Si ce Laurent n'est pas le père de notre auteur, son habitation à Clermont ou ailleurs, est d'une valeur absolument nulle.

Troisième point : A quelle cause Fernel dut-il la faveur dont il jouit auprès de Henri II ?

Une légende, et pas autre chose qu'une légende, rapportée par Scévole de Sainte-Marthe en 1598, cinquante-quatre ans après la naissance de François II, le premier des enfants de Catherine de Médicis, est l'unique origine d'un bruit qui n'eut d'écho plus tard que dans les écrits d'hommes ou superficiels ou romanesques. Aucun des écrivains sérieux de cette époque n'en fait mention ; et nous sommes autorisé à croire que la stérilité d'une Dauphine, cessant tout à coup par les conseils de son médecin, aurait ému la verve piquante et gauloise de Brantôme, qui pourtant ne se gêne pas pour dire que c'était à Henri plutôt qu'à sa femme que la France devait s'en prendre. De Thou n'y fait allusion ni dans son histoire, ni dans les quelques lignes consacrées par lui à l'éloge du grand médecin. Plancy n'en parle pas non plus. On ne peut cependant pas non plus supposer qu'il ait ignoré un fait de cette importance, et quant à l'avoir omis avec intention, c'est peu probable. La gloire de son maître aurait tiré de ce succès un nouvel éclat, que le fidèle disciple n'aurait pas manqué de faire ressortir. En effet, s'il ne s'est pas gêné pour parler, sans la nommer, il est vrai, de Diane de Poitiers et de sa guérison par Fernel, quel scrupule l'aurait empêché de vanter une consultation à laquelle trois rois de France devaient la vie ?

Bayle, avec son esprit judicieux, n'a pas manqué de faire remarquer tout ce qu'avait d'improbable cette supposition, et nous laissons, avec M. Chéreau, la responsabilité de cette ingénieuse anecdote aux médecins qui se sont complus à expliquer le cas, ainsi qu'à donner la consultation de Fernel avec la mise en scène et la prescription dans tous ses détails.

« Le latin dans les mots brave l'honnêteté. »

Plancy dit simplement que Fernel fut appelé dans un cas grave auprès d'une très-noble dame de la cour: « in gravissimo mulieris nobilissimæ casu ad aulicos quasi edicto regio rapitur; » et, un peu plus loin, que ce fut la première cause de la faveur dont Fernel jouit par la suite auprès de Henri, car cette dame était très-chère au roi : « Prima haec causa fuit cur in posterum Henrico, cui illa charissima erat, magno semper in pretio Fernelius habitus sit. »

Voilà de quoi nous édifier. On sait quel amour Henri II eut toujours pour Diane de Poitiers, et le fait d'avoir sauvé la femme qui régnait absolument sur le cœur du prince explique suffisamment la faveur dont le roi ne eessa de combler son médecin. Que Henri lui ait fait soigner sa femme légitime après lui avoir confié sa maîtresse, nous n'en disconvenons pas; que Fernel ait même surveillé ses couches, s'il n'y présida pas (1), cela est bien possible; mais la guérison de Diane de Poitiers reste pour nous la véritable cause de l'estime et de l'affection que le roi de France lui témoigna toujours.

En résumé :

1° Fernel était dans sa soixante-deuxième année quand il mourut chez lui à Paris; il est donc né en 1497;

(1) Plusieurs biographes ont parlé des sommes magnifiques que Catherine donnait à Fernel. Il existe à la Bibliothèque nationale (Dossier Fernel) une note manuscrite sans caractère d'authenticité, déclarant que la reine donnait à ce grand médecin dix mille écus à chacune de ses couches. Mais nous pensons que ces renseignements ont été pris dans Guy Patin, dont les assertions n'ont pourtant aucune valeur sérieuse. Que penser d'un homme capable d'écrire tout un petit roman sur un feuillet blanc des registres de la Faculté, et de le citer ensuite comme une preuve, sachant très-bien qu'il en est l'auteur? (Voyez Astruc, *Maladies des femmes*, t. IV, p. 264 et suiv.) Cependant la grande fortune de Fernel n'a pas dû venir uniquement de sa clientèle, et il est probable qu'il a reçu de la reine ou du roi, peut-être de tous les deux, des sommes considérables.

2° Il est né à Montdidier;

3° Il dut sa faveur à la guérison de Diane de Poitiers, et non à la première grossesse de Catherine de Médicis.

A PRACTICAL TREATISE ON DISEASES OF THE SKIN, by Louis A. Duhring, M. D., professor of diseases of the skin in the hospital of the university of Pennsylvania. 1 vol. in-8°. Philadelphie, 1877. Lippincott et Cie.

En préparant cet ouvrage, nous dit l'auteur, j'ai eu en vue d'écrire un traité concis, pratique et utile, sans aucune prétention à épuiser la matière, mais simplement pour apporter de la clarté dans les éléments de la dermatologie, et signaler tous les faits importants qui ont un rapport avec chaque affection.

Pour réaliser ce programme, il fallait avant tout rendre le sujet clair et intelligible, écarter non-seulement les questions oiseuses de théorie, mais aussi l'exposé des points encore litigieux et l'introductiou de termes inutiles ou surannés. Ce cadre a été parfaitement rempli par l'auteur, et nous sommes heureux de constater que son traité des maladies de la peau, correspond à l'intention qu'il se proposait. C'est un guide à la fois concis et pratique, et qui sera toujours consulté avec fruit, non-seulement par tous ceux qui s'intéressent aux études dermatologiques, mais encore par tous les praticiens.

Dans sa préface, l'auteur signale la différence plus ou moins marquée que présentent les affections de la peau, suivant le pays où on les observe. Le Dr Duhring, avant de se fixer aux États-Unis, a eu l'occasion d'étudier un grand nombre de maladies cutanées dans les diverses contrées de

l'Europe, et il a remarqué que les dermatoses que l'on rencontre aux États-Unis, présentent plus de ressemblance avec celles de la Grande-Bretagne qu'avec celles de la France et de l'Allemagne. Ce sujet, du reste, a été traité dans la section de dermatologie du Congrès médical international de Philadelphie; nous y reviendrons dans un autre numéro des *Annales*.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'anatomie générale de la peau. C'est là une étude très-importante et que nous désirerions voir en tête de tous les traités de dermatologie. Ajoutons qu'un dermatologiste consommé peut seul faire de l'anatomie utile aux progrès de cette science.

Symptômes objectifs et subjectifs, étiologie en général, pathologie de la peau, etc., sont exposés en quelques pages d'une manière aussi lucide que concise. Mais ce sont surtout les règles propres à guider le médecin au lit du malade que le Dr Duhring expose avec un sens magistral. L'arsenic, qui joue aujourd'hui un rôle si prépondérant dans la thérapeutique des affections de la peau, et que l'on emploie d'une manière presque banale dans toutes les dermatoses, sans se préoccuper assez ni de la nature de la maladie ni de sa période, est l'objet d'une étude particulièrement approfondie. L'auteur émet à ce sujet des préceptes très-sages, fruit d'une longue expérience et bien faits pour inspirer une heureuse pratique.

La classification adoptée dans cet ouvrage n'est qu'une modification de celle d'Hebra. Comme celle du dermatologiste viennois, elle repose sur les données anatomiques et pathologiques; toutefois sa dernière classe est fondée sur l'étiologie. Il divise les affections cutanées en neuf classes : troubles de sécrétion; hyperémies; exsudations; hémorrhagies ; hypertrophies ; atrophies ; néoplasmes ; névroses; maladies parasitaires.

L'auteur passe ensuite à la description de chaque affection de la peau; par une heureuse innovation, il a ajouté à la suite du nom de la maladie ses divers synonymes, plus les désignations allemandes et françaises. Avec la nomenclature encore si peu concordante de la dermatologie, c'est là une addition qui sera certainement très-appréciée du lecteur.

Mentionnons quelques-unes des remarques les plus intéressantes qui abondent dans ce traité.

L'eczéma serait beaucoup plus fréquent aux États-Unis que dans d'autres pays; ainsi à Philadelphie, selon l'expérience de l'auteur, il constituerait presque 50 0/0 de toutes les affections cutanées. A Boston, suivant White, la proportion serait à peu près la même. A New-York, d'après Bulkley, elle serait moindre, environ un trentième. Anderson, à Glasgow, n'a trouvé, dans la pratique hospitalière, sur 10,000 cas, que 2,527 eczémas, et Hebra, à Vienne, sur 29,535 cas, seulement 2,195 eczémas.

Sous le titre d'herpès fébrile, l'auteur comprend l'herpès facialis, l'H. præputialis, l'H. gestationis, et les deux variétés décrites par Hebra et Neumann, sous les noms d'H. g. impetiginiformis et de dermatitis circumscripta herpetiformis. Que l'herpès labialis s'observe souvent dans le cours d'une maladie fébrile, c'est là un fait incontestable. Mais l'herpès progenitalis tient à d'autres causes ; il se rencontre presque exclusivement chez les sujets herpétiques, et son évolution est le plus souvent mise en activité par des accidents vénériens. Dans ces conditions, il prend un caractère récidivant sur lequel j'ai particulièrement insisté, et qui donne à cette petite lésion, insignifiante en elle-même, une ténacité particulière qui en fait une affection aussi digne d'exercer la patience des malades que les préoccupations des pathologistes. L'auteur, du reste, se borne à le décrire quant à son expression symp-

tomatique locale, sans rechercher les causes de ses fréquentes récidives qu'il signale cependant en passant.

Les maladies parasitaires, notamment celles d'origine végétale, constituent un des chapitres les plus remarquables d'un ouvrage qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques.

Ainsi que nous l'avons déjà dit dans un précédent article, le Dr Duhring publie un atlas des maladies de la peau.

La seconde livraison a paru il y a quelque temps; elle comprend quatre planches. La première représente une acné rosacée ; l'élément congestif de la maladie, la dilatation des capillaires, sont reproduits très-fidèlement, mais à un degré de l'affection qu'il est peu fréquent d'observer : nous eussions, pour l'instruction des jeunes praticiens, préféré le choix d'un cas usuel à celui d'un cas rare.

La planche II est un exemple d'ichthyose simplex ; la planche III, de pityriasis versicolor; ces deux dessins donnent une idée très-juste de ces deux affections.

Enfin la planche IV nous montre un cas très-caractérisé de sycosis non parasitaire. Nous espérons que ces fascicules se publieront à des intervalles réguliers, et que nous aurons bientôt en notre possession ce complément indispensable de tous les traités de dermatologie.

Du lupus, anatomie pathologique et traitement par la méthode des scarifications linéaires, par le Dr Lelongt, *Thèse de Paris*, 1877.

Dans cette thèse M. le Dr Lelongt s'est proposé de décrire la méthode des scarifications linéaires que M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, emploie contre le lupus. C'est Théodore Veiel qui le premier remplaça le raclage par les scarifications multiples punctiformes. Plus tard, Balmanno Squire modifia la méthode de Volkmann, c'est-à-dire raclage d'abord à l'aide de très-petites curettes, puis scarification linéaire comme moyen de perfectionnement; dans certaines scarifications seules, M. Vidal a adopté cette dernière méthode qui mérite en effet toute l'attention des praticiens; néanmoins elle est en usage depuis trop peu de temps encore pour que l'on puisse se prononcer dès à présent sur sa valeur définitive. En tout état de cause, elle parait devoir, dans certains cas, être préférée au raclage et à la scarification punctiforme ainsi qu'aux cautérisations. Pas plus que les autres modes de traitement chirurgical, d'ailleurs, elle ne saurait prévenir les récidives, mais elle permet du moins de faire disparaître en un laps de temps relativement court les surfaces lupeuses, et d'arrêter leur marche envahissante.

Voici résumé aussi brièvement que possible le procédé opératoire que recommande M. Vidal. On commence par anesthésier la peau avec l'appareil Richardson. Ensuite, à l'aide d'une aiguille droite terminée inférieurement par un petit losange à bords coupants, dont le grand axe se continue avec la tige de l'aiguille, on fait sur les infiltrations lupeuses des scarifications linéaires, parallèles, aussi rapprochées que possible. On procède alors à des scarifications analogues obliques aux premières en les coupant de ma-

nière à former sur la peau une espèce de quadrillé constitué par des hachures limitant des espaces de peau de 2 millimètres de largeur environ.

Il est essentiel que les incisions traversent toute l'épaisseur des tissus malades, ce qui est facile à réaliser en se guidant sur la différence de consistance que les tissus sains présentent par rapport aux parties malades. On n'a, du reste, pas à craindre que les incisions soient trop nombreuses ou trop rapprochées, puisque la couche superficielle du lupus *non exedens* doit s'éliminer pour faire place à la cicatrice.

L'hémorrhagie est peu considérable et s'arrête facilement.

M. Vidal recouvre ensuite, dès que la croûte est tombée, d'emplâtre rouge ou de poudre d'iodoforme les parties scarifiées ; tous les matins il fait donner des pulvérisations sur les surfaces malades. Dès le 6e jour la cicatrice est formée et on peut recommencer les scarifications.

Une seule scarification est loin de suffire ; il résulte des observations publiées par M. Lelongt qu'il a fallu en moyenne six à dix séances pour chaque nodosité lupeuse. A leur place il reste une cicatrice aplatie, peu déprimée, dont la coloration rouge diminue ensuite graduellement. Le chirurgien devra toujours surveiller pendant un certain temps l'évolution du processus curatif de l'affection, et intervenir consécutivement avec la pointe de l'aiguille sur tous les points qui lui paraîtraient douteux.

Comment agit la scarification et quelle est son influence sur la formation de la cicatrice ? D'après M. le Dr Lelongt, il est probable que ce traumatisme détermine une inflammation subaiguë dans le sein de la néoplasie, inflammation qui détruit les cellules déjà anciennes ou peut-être en voie de segmentation ; et, en même temps, les cellules embryonnaires d'origine toute récente, ainsi que le tissu con-

jonctif, recevraient de ce fait une irritation capable de diriger leur évolution vers la formation d'une cicatrice.

Les scarifications linéaires trouvent également leur emploi contre les lupus ulcérés et contre les cas rebelles de lupus érythémateux. Si l'infiltration lupeuse occupe de grandes surfaces, il sera nécessaire de pratiquer la scarification par petits îlots; dans ces cas, M. Vidal recommande de commencer toujours par la périphérie ; en procédant ainsi il n'est pas rare de voir la maladie s'arrêter dans sa marche envahissante.

La scarification linéaire est-elle appelée à remplacer le raclage et les caustiques, ainsi que le croit M. Lelongt? c'est là un point sur lequel il n'est pas encore permis de se prononcer. Si, comme le dit l'auteur, la cicatrice consécutive à la scarification linéaire est moins rouge, moins prononcée que celle qui succède au raclage, ce sera un motif de donner la préférence à la première méthode, notamment dans les lupus *non exedens* superficiels de la face. Si, au contraire, on a affaire à un lupus hypertrophique, ou à des masses lupeuses considérables, il y aura avantage à se servir de la curette.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que la scarification linéaire est appelée à rendre de réels services dans le traitement chirurgical de certaines formes de lupus. Ce qu'il importe surtout, c'est de préciser autant que possible quels sont les cas dans lesquels on devra avoir recours à l'une plutôt qu'à l'autre de ces méthodes. Mais pour résoudre cette question, il faut surtout envisager les récidives et l'état des cicatrices.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION PATHOLOGIQUE CLINIQUE A L'ECZÉMA SYPHILITIQUE, par le Dr Emanuele PAOLA.

La forme morbide dont il va être question est plus que rare; elle a été révoquée en doute par divers auteurs : Hebra, Neumann, Tilbury Fox; Bazin, qui la niait en 1858, dit, en 1866, en avoir observé quelques exemples. Mais on a néanmoins, en présence d'éruptions de ce genre, continué à concevoir quelques doutes, tantôt sur leur modalité eczémateuse, tantôt sur leur nature spécifique.

Aussi l'auteur, M. Paola, n'avait pas, jusqu'en 1877, vu de cas qui lui permissent d'admettre que le processus eczémateux subît une influence de la dyscrasie syphilitique. Mais le fait suivant a modifié ses idées sur ce point.

Salvatore P., de Catane, âgé de 51 ans, de constitution médiocre, nerveux, vint le consulter le 1er février 1877, pour un chancre du prépuce, contracté dans les premiers jours de janvier, avec une adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente (iodure, fortifiants).

Au commencement de mars, roséole diffuse, angine érythémateuse; plaques muqueuses aux amygdales, à l'anus; céphalalgie, douleurs musculaires vagues, fièvre le soir, intumescence de la rate.

A la fin du même mois, parurent au front, aux, joues, au menton, des plaques rouges couvertes de nombreuses papules et vésicules miliaires groupées, indolentes. Pas de prurit.

Dans les premiers jours d'avril, parurent au cuir chevelu plusieurs groupes pustuleux plus ou moins étendus; quelques groupes papulo-vésiculeux sur le front, les joues et le menton, dont quelques-uns couverts de croûtes épaisses, grises; croûtes qui, détachées, laissaient à nu une surface rouge, humide, ponctuée et infiltrée. Sternalgie, diarrhée, face triste et abattue, fièvre le soir. (Sulfate de quinine.)

Deux jours après, les groupes occupant le visage s'étaient réunis, envahissant le nez, les oreilles, la nuque, donnant lieu à une sécrétion de sérosité épaisse.

Au bout de quelques jours, se manifestèrent successivement des plaques eczémateuses diffuses et mal formées, au cou, au thorax, au dos, aux bras et aux mains : les vésicules prédominaient au cou et les pustules à la poitrine.

Dans quelques endroits de la poitrine et de l'abdomen épargnés par l'eczéma, on distinguait encore les traces de la roséole. Plus de fièvre; les plaques muqueuses sont guéries.

Le 16 avril, l'eczéma a envahi le scrotum et les membres inférieurs; sur le scrotum il apparut simultanément quelques plaques muqueuses. En somme, à l'exception du dos des mains, des doigts, des genoux et des pieds, tout le corps est couvert d'un eczéma sous diverses formes.

Les croûtes, qui se détachent en peu de jours, sont remplacées par une desquamation de longue durée.

Le 20 avril, iritis syphilitique à droite, diarrhée et rhagades anales. (Injections hypodermiques de calomel; sous-nitrate de bismuth, à l'intérieur.)

Vers le milieu de mai, l'éruption se reproduit dans quelques régions où la desquamation faisait espérer la guérison. (Bains de sublimé, qui améliorent sensiblement la situation.)

Le 18 mai, l'éruption a cessé à la face, au cou, à la tête, laissant la peau d'une couleur cuivrée. Les plaques muqueuses sont guéries. (Continuation des bains.)

1er juin, guérison complète. La rate, qui vers le 10 avril avait dépassé de 2 centimètres le rebord des côtes, est réduite de volume. On note, alors seulement, une teinte opaque des ongles qui sont inégaux, rayés par des fissures longitudinales.

Le 6 décembre il n'y a pas eu de récidive.

Il reste à savoir, se demande l'auteur, s'il est question, dans ce cas, d'un eczéma idiopathique développé accidentellement chez un sujet syphilitique, sans avoir subi aucune modification, ou d'un eczéma modifié par la diathèse syphilitique, en d'autres termes, d'un véritable eczéma syphilitique?

En s'en rapportant aux seuls caractères cliniques, considérés dans leur ensemble, il est impossible de douter qu'une éruption du genre de celle que nous avons décrite, apparaissant à la période de la syphilis où ont lieu les manifestations de cette diathèse chez un homme de 52 ans, qui n'avait jamais eu de maladies de la peau, il est impossible, disons-nous, de douter que cette éruption ne soit de nature vénérienne.

Il importe, d'autre part, de remarquer que cet eczéma ne s'est point maintenu immuable dans ses formes, ses symptômes et sa marche. Tout au contraire, et à la différence de l'eczéma idiopathique, il ne s'accompagnait point de prurit et ses plaques ont eu une couleur cuivrée; enfin, il a affecté une évolution lente, ne correspondant ni à la forme aiguë de l'eczéma ordinaire, ni non plus à sa forme chronique, mais bien au cours habituel des éruptions syphilitiques.

M. Paola conclut que le cas dont on vient de lire la description n'est pas un processus eczémateux modifié par

la diathèse syphilitique, mais bien un processus syphilitique à forme eczémateuse.

— Cette appréciation nous paraît, en effet, absolument admissible, si le cas observé par M. Paola offrait bien réellement les caractères objectifs de l'eczéma, de l'eczéma avec ses plaques de toutes petites vésicules agglomérées, tel qu'il se voit chez les sujets dartreux? Nous ne nions point qu'il n'ait rencontré un tel exemple; mais nous devons seulement dire que depuis trente-cinq ans que nous le cherchons sur une multitude de syphilitiques, soit en ville, soit à l'hôpital, jamais il ne s'en est présenté un à notre observation. P. D.

L'ECZÉMA ET LE PSORIASIS SONT-ILS DES MALADIES LOCALES DE LA PEAU OU DES MANIFESTATIONS DE TROUBLES CONSTITUTIONNELS? par le Dr L. Duncan BULKLEY.

(Mémoire présenté au Congrès international des sciences médicales de Philadelphie.)

Les recherches de l'auteur peuvent se résumer de la manière suivante :

1. L'eczéma et le psoriasis sont des affections *sui generis* et ne doivent être confondues en aucune façon avec d'autres états tels que : le premier, avec la dermite artificielle; le second, avec les éruptions syphilitiques, l'eczéma squameux et la lèpre.

2. L'eczéma et le psoriasis ne peuvent avoir une cause, une nature doubles, indépendantes l'une de l'autre, celle-ci locale; celle-là constitutionnelle; mais comme d'autres maladies, ils peuvent avoir une double étiologie, c'est-à-dire l'une prédisposante, l'autre excitante.

3. L'eczéma et le psoriasis, par quelques-uns de leurs traits, ressemblent aux affections dites constitutionnelles plus qu'à celles que l'on regarde comme locales.

4. Les lésions cutanées de l'eczéma et du psoriasis, ainsi que leurs caractères microscopiques, présentent beaucoup plus d'analogie avec ceux des maladies générales et constitutionnelles de la peau qu'avec ceux des affections simplement locales.

On a comparé avec raison l'eczéma au catarrhe des muqueuses, mais on ne peut déduire de cette comparaison aucun argument prouvant sa nature locale ; il est très-probable que certaines affections des muqueuses, appelées catarrhes, ne sont que des eczémas et des psoriasis de ces membranes.

6. L'eczéma et le psoriasis ressemblent, à certains égards, à la goutte et au rhumatisme, et ont une origine constitutionnelle commune, quoique encore inconnue ; on peut considérer la plupart des lésions de la peau que l'on observe habituellement, comme les *résultats locaux* des maladies qui sont justiciables d'un traitement local.

7. On ne possède encore aucune preuve microscopique ou physiologique établissant que l'eczéma et le psoriasis soient l'unique résultat d'un trouble cellulaire local, soit congénital, soit acquis ou dû à la perversion de l'action nerveuse ; bien que, dans l'état actuel de nos connaissances relatives à l'activité cellulaire indépendante et à la connexion intime des éléments nerveux et des cellules composant la peau, il soit extrêmement probable que l'action cellulaire et l'influence nerveuse soient des facteurs importants dans l'eczéma et le psoriasis.

8. Des causes locales jouent un rôle très-important dans l'étiologie de l'eczéma ; elles sont probablement sans action dans le psoriasis.

9. On a proclamé qu'il y avait un certain lien de parenté entre le psoriasis et l'épithélioma. C'est là un point qui réclame de nouvelles recherches ; actuellement, il n'est pas

démontré et il n'existe pas de preuve de la nature locale du psoriasis.

L'histoire clinique de l'eczéma et du psoriasis montre clairement leurs relations constitutionnelles, principalement avec les états liés à la goutte et au rhumatisme. Jusqu'à présent on n'a pas trouvé de relation causale directe entre l'état scrofuleux et l'eczéma et le psoriasis.

11. Le traitement local seul est souvent insuffisant pour faire disparaître les lésions de l'eczéma et du psoriasis, et est impuissant à prévenir ou à retarder les récidives; les résultats obtenus ne démontrent pas la nature locale de ces affections.

12. Une médication générale pure et simple peut guérir certains cas d'eczéma et de psoriasis, et prévenir ou retarder les rechutes dans quelques circonstances; on comprend sous le nom de traitement général toute intervention que l'on ne peut pas convenablement ranger parmi les agents locaux.

13. Il résulte des faits et des considérations dans lesquels je suis entré, que l'eczéma et le psoriasis sont tous les deux des manifestations de troubles constitutionnels, et non des maladies locales de la peau.

Sur les propriétés blennostatiques et l'action physiologique du kava (*Piper methysticum*), par M. A. Gubler.

Les faits et les considérations exposés dans ce mémoire peuvent se résumer ainsi :

1° La racine de kava (*Piper methysticum*) possède deux ordres de propriétés : céphaliques et inébriantes, d'une part; d'autre part, diurétiques et blennostatiques.

2° L'ivresse du kava est très-spéciale et ne ressemble pas à celle de l'alcool. D'ailleurs la macération, appelée *ava*, n'a subi aucune fermentation alcoolique, et la masti-

cation préalable de la racine n'a d'autre résultat, en produisant du glucose, que de donner à la liqueur aromatique un goût douceâtre et sucré.

3° Parmi les symptômes de ce qu'on peut appeler l'*avaïsme* aigu, le plus remarqué et l'un des plus importants consiste dans une excitation génésique qui a son siége, non dans les organes sexuels, mais dans les centres nerveux dévolus à l'instinct de la reproduction. Ce n'est pas du priapisme, mais bien de l'érotisme.

4° Le kava jouit, en outre, du pouvoir de modérer l'état inflammatoire des organes génito-urinaires, et de réduire ou de supprimer le catarrhe muco-purulent de la muqueuse urétro-vésicale, probablement à la faveur d'une action à la fois diurétique et blennostatique.

5° L'action anticatarrhale directe et topique est due à une substance balsamique, oléo-résineuse, comparable aux térébenthines généralement usitées.

6° Les effets diurétiques et anticatarrheux indirects dépendent en partie de cette oléo-résine, mais surtout de la substance neutre, cristalline, nommée *kawahine*, et peut-être d'un alcaloïde non cherché encore et dont la présence rendrait assez bien compte de l'ébriété particulière ainsi que des modifications circulatoires et sécrétoires de l'appareil uro-génital.

7° Cette double action sur les organes génito-urinaires assigne au *kava* une efficacité remarquable contre l'uréthrite dans sa période la plus inflammatoire.

Elle explique les succès de ce remède dans les cas où les térébenthines pures ont échoué, et fait comprendre l'utilité d'associer les poivres, notamment le cubèbe, dont les effets sont analogues à ceux du *kava*, à l'oléo-résine de copahu pour assurer la guérison des blennorrhagies aiguës et intenses.

8° L'emploi thérapeutique du kava est d'autant plus re-

commandable que ce remède aromatique n'est nullement déplaisant, et que son usage ne donne lieu à aucun trouble digestif. (*Journal de thérapeutique*, 10 février 1878.)

SUR L'EXCISION DE LA SCLÉROSE PRIMITIVE SYPHILITIQUE, par le professeur H. AUSPITZ, de Vienne (In *Vierteljahrsschrift fur Dermatologie und Syphilis*, 1877).

Dans un premier chapitre, Auspitz fait l'historique de la question, et montre que l'idée de cautériser, d'exciser un chancre induré, pour éviter le développement des accidents ultérieurs, n'est pas une nouveauté. La plupart des observateurs ne rapportent cependant qu'un petit nombre de faits peu concluants et qui laissent large place à une nouvelle expérimentation.

L'auteur nous présente l'histoire de 33 malades sur lesquels il fit l'excision de la sclérose primitive syphilitique. Disons tout de suite que cette petite opération n'a jamais eu de suite funeste, tant au point de vue de l'état local que de l'état général. Au contraire, localement, on a vu souvent la cicatrice ne pas présenter d'induration, et, quand l'excision ne prévenait pas l'éclosion des accidents secondaires, on a toujours vu aussi se présenter un retard dans leur apparition et une certaine bénignité.

Sur les 33 observations relatées, 3 sont nulles; deux fois les malades furent perdus de vue, une fois l'excision fut faite en pleine roséole, dans le but d'examiner l'ulcère au microscope.

Chez 20 malades, on ne vit aucun accident syphilitique succéder à cette excision ; chez 10 autres, on vit apparaître les accidents secondaires connus, avec le caractère de bénignité dont nous avons déjà parlé.

Dans toutes ces observations, prises pour la plupart à la

polyclinique de Vienne, les malades furent suivis 4 mois au moins et quelques fois 18.

Auspitz conclut ainsi : « Pour prévenir la syphilis, il faut exciser la sclérose initiale. Il faut que cette sclérose soit récente et n'ait pas présenté d'autre complication que l'adénite inguinale indolente que l'on observe toujours ; il faut aussi que l'opération et les pansements puissent se faire facilement. »

A la suite de ce mémoire se trouve un article du professeur Auspitz et du Dr Paul Unna sur l'anatomie microscopique de la sclérose initiale. Cet article est le complément du précédent, car l'examen histologique se rapporte aux chancres enlevés par Auspitz, et dont l'observation se trouve dans l'article que nous venons d'analyser. CHAUVET.

EMPLOI DU TAYUYA DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE, DES PLAIES SCROFULEUSES ET DE LA BLENNORRHAGIE, par le Dr PIROCCHI (*Giorn. Ital. delle malatt. vener. e della pelle*, décembre 1877, p. 369.)

L'auteur rapporte quatre observations fort intéressantes, où la *teinture diluée* (additionnée de 3 à 4 parties d'eau), appliquée directement avec des plumasseaux de charpie, a guéri rapidement (8 à 10 jours) des ulcères phagédéniques, soit du gland, soit des grandes lèvres, ayant résisté à tous les pansements caustiques usuels (nitrate d'argent, eau phagédénique, perchlorure de fer, sulfate de cuivre, de zinc, eau de Goulard, fer rouge, etc.). Un résultat presque aussi rapide (10 à 20 jours) a été obtenu dans deux cas de ganglions du cou ulcérés, chez des sujets cachectiques; indépendamment du pansement direct, la teinture fut employée en injections de 1 gramme dans les ganglions non ulcérés, et fut donnée à l'intérieur à la dose de 20 à 30 gouttes. Dans deux cas de blennorrhagie le tayuya en injections ne parut donner aucun résultat.

Des faits cliniques observés, l'auteur croit pouvoir conclure que l'action topique de la teinture de tayuya est excitante, antiseptique et cicatrisante. Elle diminue la suppuration et favorise le bourgeonnement des plaies; son application n'est pas douloureuse, contrairement à ce qu'on observe pour l'acide phénique et les caustiques en général. Pour ce qui est du phagédénisme, le tayuya semble pouvoir disputer le pas au fer rouge lui-même, par son action rapidement cicatrisante.

CORRESPONDANCE

« Toulon, 23 mai 1878.

« Monsieur le Directeur des *Annales de Dermatologie*,

« Permettez-moi d'appeler un instant votre attention sur un travail récemment publié dans les *Annales*, relativement à la signification des taches ombrées.

« C'est avec moi que M. le Dr Moursou fit ses premières recherches à ce sujet, *sur les indications précises de M. Falot* qui, depuis longtemps, avait reconnu la nature parasitaire de cette éruption. Aussi n'ai-je pas lu sans étonnement la première phrase de ce travail, dans laquelle, par une erreur de rédaction sans doute, M. Moursou s'attribue le mérite de cette découverte qu'il aurait communiquée lui-même à M. Faloot.

« Si M. Moursou a pensé qu'il y avait là une découverte capable de faire quelque honneur à son auteur, il ne lui paraîtra pas extraordinaire que j'aie cru devoir à la mémoire de M. Falot, dont je m'honore d'avoir été l'élève et l'ami, de revendiquer pour lui cet honneur. Il sera, d'ailleurs, le premier, j'en suis convaincu, à regretter une confusion qui ne saurait être, je le répète, qu'une erreur de rédaction; car, lorsque M. Falot nous fit remarquer cette curieuse re-

lation entre les taches ombrées et la présence des poux du pubis, ses premières observations remontaient déjà à plusieurs années, c'est-à-dire à une époque où M. Moursou ni moi ne nous préoccupions guère de la fièvre typhoïde et de ses manifestations cutanées.

« Parmi les personnes que M. Moursou cite au commencement du deuxième chapitre, il en est au moins une — et c'est certainement celle au témoignage de laquelle il attribue le plus de valeur — qui n'a pas oublié combien la part de M. Falot dans cette découverte fut différente de celle qui lui est accordée aujourd'hui. M. Falot n'ayant pas jugé autrefois à propos de publier un mémoire à ce sujet, j'aurais gardé le silence si son nom n'avait pas été prononcé; mais puisqu'il en a été autrement, il m'a paru nécessaire de remettre les choses en leur vraie place. *Suum cuique.*

« Il ne vous échappera pas, Monsieur le Directeur des *Annales de Dermatologie*, que cette rectification n'a point le caractère d'un« polémique personnelle, ce qui sortirait peut-être du cadre de votre recueil. Et j'espère que la considération du motif respectable qui m'a poussé à prendre la plume vous engagera à insérer cette lettre.

« Je vous prie d'en agréer d'avance tous mes remercîments, avec l'assurance de mes sentiments de respectueuse confraternité. « Dr GUIOL,

« Médecin de 1re classe de la Marine, à Toulon. »

« Rade des salins d'Hyères, vaisseau *le Souverain*, 30 juin 1878.

« Monsieur le Directeur des *Annales de Dermatologie*,

« Après avoir reçu la lettre de M. le Dr Guiol que vous avez bien voulu me communiquer, j'ai tenu, pour éviter toute surprise, à faire part à M. Guiol des documents qui servaient à étayer mon opinion sur cette question de priorité.

« Malheureusement, M. Guiol, fort de l'amitié qui l'unissait à M. Falot, et convaincu qu'il doit, avant tout, revendiquer pour la mémoire d'un mort une découverte que celui-ci n'a jamais faite, m'a fait savoir qu'il persistait dans sa manière de voir.

« Sans entrer dans tous les détails des incidents relatifs à cette constatation de la coïncidence des taches ombrées avec les poux du pubis, il me suffira de dire que ce sont, en effet, les élèves du Dr Falot, au milieu desquels j'étais au moment de la découverte, qui, par le plus grand des hasards, ont, un beau jour, trouvé cette susdite coïncidence.

« Le Dr Falot ne la connaissait pas avant; il n'a eu que l'intuition de sa constance, alors qu'il était impossible de la prévoir sur une première série de deux ou trois cas trouvés par ses élèves.

« Dans mon mémoire, je ne dis pas autre chose, et je ne me donne nullement l'honneur d'avoir le premier remarqué le fait. Je dis seulement avoir été de ceux qui le remarquèrent pour la première fois : «... *Je remarquais..., avec quelques-uns de mes camarades, la coïncidence des taches*, etc... » J'ajoute : cette remarque a été commune à plusieurs personnes, parmi lesquelles je figurais, mais aucune d'elles ne me paraît pouvoir en revendiquer la priorité complète. Mes souvenirs, à cet égard, sont aussi précis que ceux de M. Guiol, et j'ai, par devers moi, l'affirmation d'un de mes camarades présent à la première constatation du fait, M. le Dr Jacquemin, médecin de première classe de la marine, à qui je viens d'écrire à ce sujet.

« M. Jacquemin m'autorise à déclarer, en son nom, que ce n'est pas M. Falot qui doit avoir cette priorité de la découverte de la nature parasitaire de ces taches; ce sont ses élèves, dont j'ai cité dans mon mémoire les noms de quelques-uns à côté du sien et du mien, et dont j'invoque ici le témoignage public.

« Je crois que M. Guiol trouvera difficilement d'autre affirmation de sa manière de voir que la sienne, car la personne au témoignage de laquelle il fait allusion dans sa lettre m'a dit considérer ma version comme la plus probable.

« Je pense, Monsieur le Directeur, que ces explications vous paraîtront suffisamment claires, et qu'elles mettront fin à une question de priorité qu'il me semble inutile de poursuivre plus loin sans entrer dans le terrain des personnalités.

« Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux et les plus confraternels. « Dr J. MOURSOU. »

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du mercure, action physiologique et thérapeutique, par le Dr HALLOPEAU, médecin des hôpitaux, Paris. 1878, gr. 8°, 275 p., J.-B. Baillière. Prix. . . . . 5 »

Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau, par le Dr CARRY, Paris, 1877, chez A. Delahaye et Cie, Prix. 2 50

Contribution à l'étude des complications de l'iritis syphilitique, par le Dr SERRIGNY. Paris, 1877, chez A. Delahaye et Cie, Prix. . 1 50

De la syphylosa pharyngo-nasale, par le Dr Ch. MAURIAC. Paris, 1877, A Delahaye et Cie, Prix. . . . . 4 »

Mémoire sur les ulcérations non virulentes des organes génitaux, par le Dr Ch. MAURIAC. Paris, 1878, chez A. Delahaye et Cie. Prix. 2 50

Leçons sur les maladies des voies urinaires, par le Dr RELIQUET, Paris, 1878, chez A. Delahaye et Cie. Premier fascicule. Prix. 2 50

Des scrofulides des muqueuses, par le Dr LOOTEN. Paris, 1878, chez A. Delahaye et Cie. Prix. 3 50

Rapport sur l'usurpation de titres médicaux, et secondairement sur le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine, par le Dr PIÉCHAUD. Paris, 1878, chez Lauvereyns, éditeur. Prix. . . 0 60

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières. 12 (1730—77).

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

INOCULABILITÉ DE QUELQUES AFFECTIONS CUTANÉES, *communication faite au Congrès médical international de Genève*, par le Dr Emile VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Messieurs,

La méthode expérimentale, à laquelle l'étude de la syphilis a dû ses plus précieuses conquêtes, est appelée à faire avancer nos connaissances en dermatologie. Au point de vue de la science tout aussi bien qu'au point de vue pratique, les expériences d'inoculation des lésions cutanées me semblent devoir fournir des éléments de progrès.

Depuis bien des années déjà je m'occupe de cette question. Je pense que les résultats auxquels je suis arrivé ne paraîtront pas indignes de votre attention. Je n'ai pas voulu toucher devant vous à tous les points de doctrine que comporte le sujet. Il y a là des problèmes de physio-

logie pathologique du plus haut intérêt; mais leur solution me semble encore si difficile que je n'ose m'y arrêter, dans la crainte de faire une trop longue excursion dans le champ des hypothèses. Je m'en tiendrai à l'exposé des faits et à quelques considérations pratiques, telles que celles de prophylaxie et de traitement.

Mes recherches, ainsi que celles des rares expérimentateurs dont les travaux sont parvenus à ma connaissance, démontrent que certaines lésions de la peau sont inoculables. On peut reproduire la pustule de l'ecthyma, la vésico-pustule de l'impétigo, la vésicule de l'herpès, la bulle du pemphigus épidémique des nouveau-nés, soit sur le sujet atteint de cette affection, soit sur un individu sain. Elles sont inoculables et auto-inoculables. D'autres lésions, bien que parfaitement caractérisées et typiques ne sont pas inoculables, ainsi l'eczéma, l'hydroa, l'herpès zona, le pemphigus diutinus et peut-être le molluscum contagiosum ou acné varioliforme.

I

INOCULABILITÉ DE L'ECTHYMA.

C'est en 1852 que j'ai commencé mes recherches sur l'inoculabilité de la pustule d'ecthyma. Mes premières inoculations furent faites avec le pus de l'ecthyma de la fièvre typhoïde. Les inoculations à l'homme sain pratiquées sur M. Pitat, interne en pharmacie, et sur moi-même ne réussirent pas. Dans la communication que je fis en 1861 à la Société de biologie, et dans le travail que j'ai lu, en 1873, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1), je disais :

(1) *De l'inoculabilité des pustules d'ecthyma*, par E. Vidal, in *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* et *Archives de dermatologie et de syphiligraphie*, 1873, t. IV, p. 350.

« La pustule d'ecthyma est-elle inoculable à l'homme sain ? Je ne saurais le dire.

« Est-elle auto-inoculable ? Je puis répondre affirmativement et le prouver par mes expériences qui ont réussi sur près d'un tiers des sujets auxquels j'ai inoculé le liquide recueilli sur eux-mêmes. »

Inoculations.

L'inoculation de la pustule d'ecthyma à l'homme sain a été tentée une fois sur lui-même par un médecin distingué de Bordeaux, M. Douaud (1). De même que dans mes deux expériences le résultat a été négatif.

En face de ces tentatives infructueuses, nous pouvons citer des faits d'inoculations suivies de succès. Ils sont dus au Dr Vincenzo Tanturri, premier médecin du Syphilicome de Naples, qui les a relatés dans un mémoire très-intéressant, publié en 1867, dans le *Morgagni* et intitulé : *Ricerche critiche e sperimentali sulle inoculazioni sifilitiche.* Les expériences ont été faites avec le liquide extrait de pustules d'ecthyma syphilitique. Elles comprennent des auto-inoculations et des inoculations sur des sujets, syphilitiques il est vrai, mais non atteints d'ecthyma. En parlant de l'inoculation de l'ecthyma syphilitique, ou plutôt, comme je pense pouvoir le démontrer, de l'ecthyma développé sur des individus en proie aux accidents syphilitiques, je reviendrai sur ces expériences. J'en retiens ce fait de la possibilité duquel je n'ai jamais douté, de la transmission de l'ecthyma par inoculation.

Auto-inoculations.

Quant aux auto-inoculations, elles réussissent au moins dans le tiers des tentatives, lorsqu'on prend les précautions

(1) *Expériences sur l'inoculabilité de quelques lésions de la peau,* in *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux,* 1875.

nécessaires. La condition la plus importante c'est d'extraire le liquide à inoculer d'une pustule en pleine activité, — du 3ᵉ au 6ᵉ jour de son apparition. Les chances de réussite vont en diminuant, jusqu'à cesser complétement à mesure que la pustule est plus ancienne.

Le Dʳ Tanturri fait des incisions, suivant la méthode de vaccination en usage à Naples. Ces incisions sont pratiquées superficiellement au moyen d'une lancette chargée du liquide à inoculer. Pour ma part, j'ai fait mes inoculations soit par piqûres avec la lancette, soit avec une aiguille à vaccin, soit avec une épingle. Cette dernière méthode, certainement moins sûre que les précédentes, donne cependant des résultats suffisants pour le but que je me proposais. Elle est très-simple, très-pratique, n'effraie pas les malades. C'est celle que j'ai employée le plus habituellement.

Pour être certain que le liquide de l'ecthyma est bien réellement l'agent de reproduction des pustules, toutes les fois que j'ai tenté des inoculations, j'ai fait simultanément des contre-épreuves : par la piqûre simple, par la piqûre avec des épingles humides roulées dans la poussière ou dans la matière d'expectoration des malades, dans du pus d'abcès, dans du pus de vésicatoires, etc. Ces contre-épreuves ont toujours été négatives. On ne peut donc m'objecter que, sur un individu atteint d'ecthyma, une piqûre d'épingle ou de lancette, l'insertion sous l'épiderme de corps irritants, de pus de diverses provenances, peut déterminer la production de la pustule ecthymateuse.

Plus de cent fois j'ai réussi à inoculer l'ecthyma. Toutes les variétés admises par les auteurs sont auto-inoculables. L'ecthyma simplex, l'ecthyma de la fièvre typhoïde, l'ecthyma cachectique, l'ecthyma dit syphilitique peuvent reproduire la pustule caractéristique. La lésion anatomique et la marche de cette pustule sont tout à fait spéciales, en

constituent l'individualité et font de l'ecthyma une affection générique de la peau.

La pustule d'inoculation suit dans les phases de son développement une marche identique à celle de la pustule spontanée :

Le *premier jour,* 6 à 8 heures après l'inoculation, on voit à la place de la piqûre un point rouge, déjà un peu induré, et qui est ordinairement le siége d'un prurit assez vif.

Le *deuxième jour*, la rougeur s'étend sur un diamètre d'environ un centimètre ; un noyau dur se forme et fait saillie au-dessus du niveau de la peau. Exceptionnellement il s'acumine et on voit déjà le commencement d'une petite vésicule.

Le *troisième jour*, la rougeur est plus étendue, le noyau d'induration inflammatoire s'acumine et forme la base d'une vésicule contenant un peu de sérosité trouble.

Le *quatrième jour*, la pustule d'ecthyma est parfaitement caractérisée, arrondie, remplie de sérosité purulente; à bords rouges indurés, à fond ulcéreux. Elle est adulte, si je puis ainsi dire, et fournit un pus inoculable.

Elle se dessèche du neuvième au dixième jour, à partir du moment de l'inoculation, et la croûte tombe du seizième au vingtième jour, laissant, comme trace indélébile, une petite cicatrice superficielle, plus ou moins pigmentée.

Le liquide pris sur ces pustules d'inoculation est aussi auto-inoculable. On peut ainsi obtenir des inoculations successives. Mais on constate que les pustules de troisième génération sont moins développées que celle de la seconde ; celles-ci, moins volumineuses que celles de la première. L'évolution des dernières pustules est incomplète, plus rapide que celle des premières. Les dernières faites sont les premières guéries. La puissance d'inoculation va donc

en diminuant graduellement à chaque nouvelle génération. La quatrième donne souvent un résultat insignifiant.

En général le pouvoir reproducteur cesse à la cinquième ou à la sixième tentative d'inoculations successives.

Très-rarement j'ai obtenu une cinquième génération, rudimentaire, avortée. Une seule fois j'ai réussi pour une sixième.

Fait remarquable : c'est bien le pouvoir reproducteur du liquide inoculable qui va s'affaissant et s'épuisant par ces transplantations successives. Le sujet ne perd pas l'aptitude à être inoculé. Alors que l'auto-inoculation des pustules successives devient infructueuse, on obtient encore de nouvelles pustules très-caractérisées, souvent très-belles, par l'inoculation du liquide des pustules spontanées.

J'ai vu, exceptionnellement, une ou deux des pustules d'une troisième ou quatrième génération, plus développées, plus actives que celles de la génération précédente.

Le Dr Vincenzo Tanturri (1), qui a aussi étudié la décroissance des pustules d'inoculations successives, leur cessation après la cinquième ou sixième génération, a fait une remarque intéressante. Si les dernières pustules d'une série, redeviennent très-actives, elles donneront un produit qui pourra reproduire une seconde série. Dans un cas, il a pu obtenir 34 pustules successives par six séries dans lesquelles il y avait eu développement anormalement exagéré des troisièmes, quatrièmes et cinquièmes pustules.

Dans de nouvelles expériences j'ai remarqué que les inoculations successives donnaient lieu à des pustules plus belles si elles étaient faites dans des régions différentes, au

(1) *Loco citato*, p. 14

lieu d'être limitées à un espace peu étendu, comme, par exemple, à la face externe du bras. L'inoculation de troisième ou de quatrième génération, qui ne produisait plus sur le bras que de petites pustules, presque avortées, en fera naître de plus belles sur la cuisse ou sur la jambe.

Le savant médecin du Syphilicome de Naples, dont les expériences ont été faites avec l'ecthyma syphilitique, a constaté que cet ecthyma n'est ni inoculable ni auto-inoculable sur le tissu muqueux. Il ne s'inocule que sur la peau. J'ai également vérifié l'immunité des muqueuses à l'auto-inoculation des autres variétés d'ecthyma.

A propos de ces variétés, de ces diverses formes de l'ecthyma, permettez-moi une digression.

Doit-on admettre plusieurs espèces d'ecthyma ?

Je ne le crois pas. Je pense que l'ecthyma, affection générique, comme l'a très-bien établi M. Bazin, est un. Son apparence, son développement, ses complications varient suivant le terrain sur lequel il a germé. C'est l'éruption des sujets débilités ou cachectiques, et son activité est en proportion de la débilitation. C'est ainsi que chez les enfants et les vieillards on voit les formes ulcéreuses et gangréneuses. Toutes les causes de débilitation, la mauvaise alimentation, l'épuisement, l'alcoolisme, la scrofule, la syphilis, etc., sont productrices de l'ecthyma.

Existe-t-il un ecthyma syphilitique ? Au premier abord la question a l'air paradoxal. Mais en présence des caractères différents assignés par les auteurs à cette forme de syphilide pustuleuse, avec le critérium des auto-inoculations, je crois qu'il est possible non-seulement de la poser mais encore de la résoudre.

Je pense que, sous le nom d'ecthyma syphilitique, on confond deux lésions qui doivent être distinguées :

1° L'une qui est une syphilide secondaire, une modification de la papule syphilitique.

2° L'autre qui est la véritable pustule d'ecthyma symptomatique de l'état de débilitation, amené ou aggravé par la syphilis, et qui complique souvent les syphilides malignes précoces.

Je m'explique :

La première forme, ai-je dit, n'est qu'une déviation de la papule syphilitique. Celle-ci, en effet, peut prendre différents aspects dont on a fait, à tort suivant moi, autant de variétés de syphilides. Elle peut devenir croûteuse et prendre l'apparence de l'impétigo (impétigo syphilitique), mais sans jamais présenter la vésico-pustule caractéristique de l'impétigo.

Elle peut revêtir l'apparence de la variole, à sa période croûteuse (variole syphilitique). Elle peut encore se couvrir d'une plus large croûte, épaisse, rupiforme, reposant sur une base indurée par le néophasme syphilitique, d'une coloration variant du rouge à la teinte jambonnée pathognomonique. En soulevant la croûte, on trouve peu de liquide, au lieu de la suppuration abondante du véritable ecthyma ; de plus l'exulcération est superficielle et dans la plupart des cas la réparation se fait sans cicatrice. Cette papule croûteuse est pour nombre d'auteurs l'ecthyma syphilitique.

C'est probablement avec le liquide d'une de ces papules croûteuses que Vidal de Cassis (1), en 1855, inocula la vérole à M. Boudeville, interne en pharmacie, jusque-là indemne de tout accident syphilitique.

J'ai maintes fois essayé *l'auto-inoculation* de cette forme de syphilide, sans pouvoir reproduire la pustule d'ecthyma. Je crois pouvoir affirmer qu'elle n'est pas auto-inoculable.

Bien plus, il résulte des nombreuses expériences du

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 2e éd. ; Paris, 1855, p. 386.

Dr Vincenzo Tanturrique l'inoculation du liquide de la bulle du pemphigus des nouveau-nés syphilitiques ne donne lieu à aucun résultat positif. Du reste le médecin de Naples n'admet pas le pemphigus syphilitique (1). Il pense que les bulles qui se développent à la paume des mains et à la plante des pieds des nouveau-nés syphilitiques ne sont autre chose qu'une transsudation sous-épidermique d'origine passive, due au marasme et au ramollissement de la peau. Il résume sa pensée en ces termes : *La sifilide non produce il pemphigo nè sugli adulti, nè sul feto, nè sugli neonati.*

Je ne crois pas non plus au pemphigus syphilitique, même à celui des nouveau-nés. La lésion décrite sous ce nom coexiste toujours avec de larges papules syphilitiques répandues sur la surface du corps, sur les avant-bras, sur les jambes, sur le dos des mains et sur la face dorsale des pieds. Les bulles purulentes reposent sur de larges papules dont elles ne sont qu'une complication, une véritable modalité.

A côté des papules syphilitiques à larges croûtes dont le produit n'est pas auto-inoculable et qui, comme je le disais tout à l'heure, ne devraient pas recevoir la dénomination d'ecthyma, on trouve souvent de véritables pustules ecthymateuses. Celles-là ont pour siége de prédilection les jambes, les cuisses, les fesses, les avant-bras. Elles débutent par une saillie papuleuse non pas plate, comme celle des papules syphilitiques, mais franchement acuminée ; au sommet apparaît dès le second ou troisième jour une vésico-pustule, bientôt transformée en une véritable pustule ; la base est enflammée, rouge, assez souvent mais non toujours d'un rouge cuivré, l'ulcération est profonde et suivie d'une cicatrice. C'est là le véritable ecthyma, fréquent chez les syphilitiques affaiblis, chez ceux que l'alcoolisme, la

(1) *Loco citato*, p. 9.

scrofule, la vieillesse, etc., prédisposent aux formes suppurantes des syphilides malignes précoces. Cette pustule d'ecthyma est parfaitement inoculable et auto-inoculable et mes expériences concordent de tous points dans leurs résultats positifs avec celles du Dr Tanturri.

Je pense que c'est avec le liquide de pustules de ce genre, développées sur des syphilitiques, qu'ont été faites les auto-inoculations de Vidal de Cassis (1849), de M. Puche, de Cazenave (1850), de M. Richet (1851) (1).

Considérations pratiques.

L'inoculabilité de la pustule d'ecthyma implique nécessairement sa contagion possible. Son auto-inoculabilité explique sa multiplication sur le même sujet. Il en découle des considérations prophylactiques qu'il me suffit d'indiquer sans avoir à y insister.

Les malades s'inoculent eux-mêmes par le grattage : de là ces lésions ecthymateuses de formes si diverses que j'ai réussi à reproduire artificiellement. Les unes se présentent comme de longues traînées ; les autres sous forme d'élargissement, par un ou plusieurs points, de pustules préexistantes. En faisant des érosions superficielles de la peau, avec l'ongle, avec une lancette, avec une épingle, en usant l'épiderme par le frottement, et en couvrant ensuite la surface érodée avec le liquide d'une pustule d'ecthyma, à la période d'activité, j'ai réussi à obtenir des lésions ecthymateuses de formes variées.

C'est pour prévenir ces auto-inoculations successives faites par le malade, en se frottant, ou en se grattant avec les ongles, que j'emploie un sparadrap composé de :

(1) Cité par Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, 2e éd., Paris, 1855, p. 395.

Emplâtre diachylon. . .	26 grammes.
Cinabre.	1 gr, 50
Minimum.	2 gr, 50

Ce topique très-promptement siccatif et cicatrisant met les régions envahies par l'ecthyma à l'abri des doigts des malades et, les empêchant de multiplier et de perpétuer les lésions, abrège beaucoup la durée du traitement.

II

INOCULABILITÉ DE L'IMPÉTIGO.

S'il est une opinion controversée en dermatologie, c'est celle de la contagion de l'impétigo. Les auteurs les plus éminents sont divisés sur cette question. La doctrine contagioniste était soutenue en France par M. Devergie lorsque Tilbury Fox se demanda avec raison s'il n'y avait pas deux espèces d'impétigo : l'une contagieuse, qu'on voit souvent au printemps atteindre un certain nombre d'enfants d'un même pensionnat, l'autre survenant soit isolément, soit très-souvent en coïncidence avec l'eczéma, chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux. Une étude attentive de la première forme lui permit d'établir, dans un mémoire publié en 1862, qu'il existe un impétigo contagieux et inoculable à un sujet sain. Cet impétigo caractérisé par de larges vésicules dont le liquide se concrète en croûtes jaunâtres, qui disparaît sans laisser de cicatrices, a été dénommé par le savant médecin de Londres : *Impetigo contagiosa*. Il a fait avec succès de nombreuses inoculations à des sujets sains (1).

Pour ma part je n'ai fait que des auto-inoculations qui ont réussi dans plus de la moitié des cas. J'ai obtenu des

(1) Tilbury Fox, *Skin diseases*, p. 223. Londres, 1873.

vésicules, adultes au troisième jour, dont quelques-unes avaient au moins le diamètre d'une pièce d'un franc. Par des auto-inoculations successives j'ai produit souvent trois générations, exceptionnellement quatre.

Sauf la largeur des vésico-pustules, la marche est la même que pour l'inoculation des autres formes de l'impétigo. Maintes fois j'ai auto-inoculé l'impétigo type, la mélitagre ; bien souvent encore les auto-inoculations avec le liquide pris sur des vésico-pustules d'impétigo, développées concurremment avec l'eczéma, ont été fructueuses. Deux tentatives d'inoculation faites sur moi et trois expériences sur des chiens n'ont pas réussi.

Voici quelle est la marche de l'inoculation.

Le *premier jour*, quelques sujets éprouvent un peu de cuisson au point inoculé.

Le *second jour*, ce point est entouré d'une petite auréole rouge.

Le *troisième jour*, la vésico-pustule est adulte et fournit un liquide inoculable. Pour l'impétigo contagiosa la vésicule est large, remplie d'un liquide, souvent limpide, mais d'autres fois, si le développement est plus rapide, d'un liquide trouble. Pour l'impétigo ordinaire c'est un liquide opalin, qui distend la petite vésico-pustule acuminée.

Dès le quatrième jour elle s'affaisse ou se rompt ; le liquide se concrète en une croûte jaunâtre, ressemblant à du miel desséché. Souvent teintée d'un peu de sang, surtout dans l'*impétigo contagiosa*, cette croûte est alors plus ou moins brunâtre.

L'érosion est superficielle, ne dépasse guère la couche profonde de l'épiderme et ne laisse pas de cicatrice. Ce développement de la vésico-pustule d'impétigo est caractéristique. Adulte au 3e jour, tandis que nous avons vu que la pustule d'ecthyma n'arrivait à son apogée qu'au

quatrième jour, elle ne laisse pas de cicatrice comme le fait cette dernière.

La possibilité de reproduire l'impétigo par l'inoculation en fait une lésion type, une affection générique de la peau, comme l'enseigne M. Bazin. C'est un argument, à mon sens irréfutable, pour distinguer l'impétigo de l'eczéma, bien que ces deux formes se rencontrent si fréquemment sur les mêmes régions, et combinées en quelque sorte l'une avec l'autre.

III

INOCULABILITÉ DE L'HERPÈS.

J'ai essayé plus de vingt fois d'inoculer l'herpès labialis et l'herpès préputialis. Je n'ai réussi que deux fois.

La vésicule obtenue par l'auto-inoculation est adulte dès le second jour.

Je n'ai pu réussir à obtenir une seconde génération.

Les quelques inoculations que j'ai faites sur l'homme sain n'ont pas eu de résultats. M. Douaud (1) a été plus heureux : à quatre reprises il a pu s'inoculer les vésicules de l'herpès et une fois il a obtenu par l'auto-inoculation une seconde génération.

L'herpès est donc inoculable; mais cette inoculation réussit très-rarement. Je dirais volontiers : exceptionnellement. Il reste à chercher les conditions qui l'empêchent ou qui la favorisent.

IV

INOCULABILITÉ DU PEMPHIGUS.

Je n'ai jamais inoculé à l'homme sain le liquide extrait des bulles du *pemphigus diutinus*. Les tentatives d'auto-

(1) *Loco citato*, p. 4.

inoculation que j'ai faites sur deux malades ont échoué. Je doute de la possibilité de l'inoculer.

Il est une forme de pemphigus aigu qu'on voit parfois régner à l'état épidémique sur les enfants des maternités. C'est le *pemphigus épidémique des nouveau-nés* que depuis près d'un an et demi je puis observer dans les salles d'accouchements annexées à mon service de l'hôpital Saint-Louis et qui jusqu'à ce jour a atteint une centaine d'enfants.

Ce pemphigus épidémique semble contagieux, non-seulement de l'enfant à l'enfant, mais encore de celui-ci à l'adulte.

On a cité des exemples de transmission à la mère et même à des femmes de service. (Homolle, 1874.)

J'ai vu deux femmes atteintes pendant l'épidémie de mes salles. Toutes deux présentèrent d'abord des bulles sur les cuisses, et l'une de ces femmes eut ensuite de nombreuses bulles sur le cou et sur la face.

Je fis, sur le bras gauche de cette dernière malade, des auto-inoculations qui ne réussirent pas. En même temps j'avais inoculé le bras droit avec le produit des bulles d'un enfant, et j'obtins sur trois piqûres, deux bulles très-caractérisées.

Ces inoculations de pemphigus épidémique avaient été tentées sans succès par Husson, Ozanam, Martin, par Hébra, par M. Hervieux auquel on doit la relation d'une épidémie à la Maternité de Paris en 1868. Sharlot (1), cité dans le mémoire de MM. Ollivier et Ranvier (1864), avait au contraire obtenu des résultats positifs. Un de mes élèves les plus distingués, auquel on doit une excellente thèse sur le pemphigus épidémique des nouveau-nés, M. Rœser (2)

(1) *Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, 1841.
(2) *Thèses de Paris*, 1876.

a réussi plusieurs fois à s'inoculer la bulle de cette espèce de pemphigus.

Par des auto-inoculations il a obtenu des secondes générations, rarement une troisième, rudimentaire et comme avortée.

Ces bulles ont été modelées par M. Baretta, et la pièce fait partie de la collection de l'hôpital Saint-Louis. Un autre de mes élèves, M. Coudoin, s'inocula sur l'avant-bras gauche avec du liquide pris sur une des bulles d'inoculation de M. Rœser. Résultat négatif. Mais en même temps il s'inoculait sur l'avant-bras droit avec la bulle de pemphigus d'un enfant et les deux inoculations reproduisaient chacune, au bout de 36 heures, une bulle parfaitement caractérisée. A quelques jours de là deux autres inoculations étaient suivies de succès.

Nous voyons donc, Messieurs, que le pemphigus des nouveau-nés est inoculable et auto-inoculable.

Cette inoculabilité peut, dans bien des cas, expliquer la contagion.

C'est entre 24 et 48 heures, le plus souvent 36 heures après l'inoculation, qu'on voit apparaître une petite bulle remplie de liquide clair, plus ou moins citrin, qui atteint son maximum de développement le second ou le troisième jour. Elle se flétrit ensuite, sèche du cinquième au huitième jour et disparaît promptement sans laisser de traces.

V

NON-INOCULABILITÉ DE L'ECZÉMA, DE L'HERPÈS ZONA, DU PEMPHIGUS DIUTINUS.

Mes recherches sur l'inoculabilité de quelque lésions cutanées, suivies de succès plus ou moins fréquents pour l'ecthyma, l'impétigo, le pemphigus épidémique des nou-

veau-nés, de réussites très-rares pour l'herpès, se sont étendues à d'autres affections. Je n'ai jamais réussi à inoculer ni le pemphigus diutinus, ni l'herpès zona, ni l'hydroa vésiculeux, ni l'eczéma. M. le Dr Douaud dans ses inoculations d'eczéma et d'herpès zona n'a pas été plus heureux que moi ni que les expérimentateurs qui nous ont précédé dans cette tentative.

J'ai également échoué en essayant d'inoculer une affection dont la contagion est admise par beaucoup d'auteurs, le *molluscum contagiosum* de Bateman, l'acné varioliforme de Bazin ; soit en inoculant la substance molle qu'on fait sortir par la pression de l'orifice de ces petites tumeurs, soit en insérant sous la peau un fragment du comédon, je n'ai obtenu aucun résultat. Gustave Retzius, de Stockholm, aurait été plus heureux. Après s'être frotté le devant de la poitrine avec le contenu d'une petite tumeur de molluscum contagiosum il vit, après une incubation de près de six mois, se développer une petite tumeur qui présenta tous les caractères anatomo-pathologiques de l'affection inoculée. L'étiologie et la pathogénie du molluscum contagiosum ne sont pas encore assez connues pour que je puisse discuter cette observation. Je me contenterai de faire remarquer, comme un fait bizarre et bien fait pour provoquer le doute, cette incubation de plusieurs mois. Cette inoculation tentée plusieurs fois par Neumann n'a amais réussi. Il est donc à peu près certain que le molluscum contagiosum n'est pas inoculable.

II

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RENAUT.

COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE.

ÉTUDE DES TISSUS ÉMANÉS DU FEUILLET EXTERNE OU ECTODERME.

Anatomie générale de la peau.

DEUXIÈME LEÇON.

Sommaire. — I. Multiplication de la surface cutanée. — Formation des sillons cutanés. — Formation des papilles. — Les papilles sont le résultat de l'incitation formative; ce sont des organes de perfectionnement. — Papilles névro-vasculaires. — Papilles vasculaires. — Phases du développement des papilles.

II. — Vaisseaux sanguins du derme. — Description des quatre réseaux vasculaires (papillaire, sous-papillaire, moyen, profond, panniculaire).—Territoires vasculaires.—Aires vasculaires arrondies à la surface. — Pourquoi un grand nombre de lésions cutanées d'ordre congestif ont une forme arrondie. — Veines, leur disposition en sinus dans les papilles de la langue et des poils tactiles.

III. — Lymphatiques de la peau. — Fentes, trajets, vaisseaux canaliculés. — Le derme est une éponge lymphatique.

IV. — Nutrition et évolution de la cellule malpighienne; importance de la couche à cellules prismatiques: phlyctène profonde.— Évolution cornée de la cellule. — Mécanisme de la desquamation. — Évolution muqueuse. — Prépustule.

I. — *Complication de la surface ectodermique; Papilles; Nutrition de la peau.*

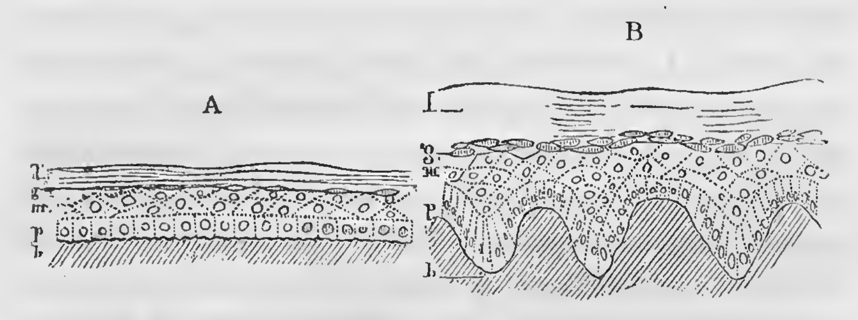
Messieurs,

Il est des points du tégument où l'ectoderme reste indéfiniment disposé en lames planiformes. Mais il en est d'autres où cette surface se multiplie; le mécanisme de cette multiplication n'est autre que celui de la formation des *papilles*.

Le derme ou chorion est composé de faisceaux de tissu fibreux entremêlés et comme nattés dans des directions diverses. Chaque faisceau est recouvert par des traînées cellulaires constituées à peu près comme celles des tendons; c'est-à-dire que des cellules plates disposées bout à bout pour former des traînées occupent les intervalles des faisceaux et s'appuient sur ces derniers comme des tuiles courbes s'appliqueraient sur des colonnes cylindriques de même rayon. Le derme est donc, à proprement parler, une sorte de tendon ou d'aponévrose dont les éléments constitutifs sont plus ou moins irrégulièrement nattés. Chez beaucoup d'animaux même, et notamment chez les pachydermes, le derme se résout à sa face profonde en une série de tendons minuscules qui s'insèrent aux fibres musculaires à contractions brusques constituant les peaussiers sous-cutanés. Mais un caractère important distingue cette production tendineuse des tendons et des aponévroses ordinaires; c'est à savoir que les éléments fibreux du derme sont englobés dans un réseau élastique puissant, qui, chez les pachydermes, suit les tendons minuscules des peaussiers en les entourant de mailles résistantes. Chez l'homme, on voit, de distance en distance, les tractus fibreux émanés du derme pénétrer perpendiculairement ou obliquement dans

le pannicule adipeux sous-cutané. Il en résulte que ce dernier est segmenté en loges que les anciens appelaient *cônes fibreux de la peau.*

Du côté de l'ectoderme le chorion envoie, lorsque la peau se complique et devient papillaire, une série de prolongements destinés à multiplier les surfaces. De ces prolongements, les uns affectent la forme de plis le plus souvent disposés suivant un ordre régulier ; ce sont, par exemple, les lignes papillaires bien connues que présente la peau de la paume des mains et de la plante des pieds. Ces plis eux-mêmes, qui font saillie à la surface du derme comme les sillons d'un champ labouré, portent une série de mamelons qui sont *les papilles* proprement dites. Étudions d'abord la constitution de l'ectoderme au niveau de ces papilles.



A, ectoderme stratifié en couche planiforme. — B., ectoderme stratifié disposé sur les papilles. — *b*, derme. — *p*, couche de cellules prismatiques du corps muqueux. — *m*, corps muqueux. — *g*, couche granuleuse. — *c*, couches cornées.

Sur une coupe de la peau de la pulpe d'un doigt, faite perpendiculairement à la surface, le derme se termine par une série de festons. Ces festons ont généralement une hauteur égale ou supérieure à leur largeur ; ils dessinent la coupe des papilles. Sur le point de contact entre les papilles et l'ectoderme se voit la ligne de cellules cylindriques implantées exactement de la même façon que dans l'ectoderme disposé en nappe.

Il existe cependant une différence dans le sillon qui sépare deux papilles voisines l'une de l'autre, les cellules cylindriques sont implantées perpendiculairement à la surface de la peau et non plus à celle du derme sous-jacent, elles s'élèvent en un mot verticalement comme l'herbe qui pousse sur les sillons d'un champ labouré. Au-dessus de cette couche, et remplissant pour ainsi dire les saillies interpapillaires, est disposé le stratum de Malpighi. Lorsqu'on parvient à la zone granuleuse, les festons des papilles ne se font presque plus sentir; le stratum corneum achève de rendre moins apparentes les ondulations qui existent profondément au niveau des papilles. C'est ce qui fait que le fond d'une phlyctène, comparé à la surface épidermique, paraît légèrement villeux.

Comme on le voit, l'ectoderme compliqué par la formation des papilles ne diffère pas sensiblement dans sa constitution de l'ectoderme planiforme. Quelle est maintenant la valeur morphologique des saillies papillaires? Les papilles ne sont que les organes de la multiplication des surfaces sensitive, absorbante, et exhalante de la peau; ce sont en un mot, des organes de perfectionnement. Aussi les formations papillaires se produisent-elles relativement tard et dans des points de la peau où cette dernière élève et différencie ses fonctions. Dans les régions où les propriétés tactiles vont se perfectionner s'édifient les *papilles névro-vasculaires* que nous étudierons ultérieurement en leur lieu; dans d'autres se montrent des papilles ne contenant que des vaisseaux. C'est surtout l'étude du développement de ces dernières qui montre bien l'influence de l'activité formative sollicitée en un point donné de la peau sur la production des saillies papillaires. Une région est-elle longtemps ou constamment irritée, comme il arrive au pourtour d'un ulcère perforant, du pied, par exemple? le derme va végéter à ce niveau et construire une

infinité de papilles longues, étroites, de dimensions colossales, de véritables papilles géantes, et qui resteront, pour la plupart, comme je m'en suis assuré, indéfiniment et simplement vasculaires. L'irritation de la peau est-elle maintenue longtemps sur une surface étendue, comme il arrive dans l'œdème cutané ou au pourtour des ulcères variqueux? un véritable papillome diffus de la peau va se produire. Si nous étudions ce papillome, nous verrons bien que le derme a formé là un organe tout nouveau, les jeunes papilles ne sont d'abord que des bourgeons de tissu embryonnaire, elles passent par le stade que l'on pourrait appeler cellulo-formatif. A un moment donné, elles sont formées de tissu muqueux vrai, constitué comme le tissu muqueux sous-cutané des embryons, puis la charpente connective (*tela connectiva*) apparaît ultérieurement; de longs rubans de fibres conjonctives s'orientent suivant l'axe de la papille. C'est à ce stade que s'arrêtent assez communément les papilles adventices des régions irritées. Fréquemment enfin on voit le tissu jaune élastique paraître dans la production papillaire et former à sa surface un fin réseau de grains. La papille ne s'accroît plus alors, elle est adulte et comme fixée dans sa forme.

Ainsi les productions papillaires sont une végétation du tissu cellulaire du derme, elles passent par les trois stades de développement du tissu conjonctif. Mais actuellement une question se présente : comment la peau constituée comme nous venons de le dire reçoit-elle les éléments de sa vitalité et de sa nutrition ?

II. — *Description des réseaux sanguins du derme.*

Les réseaux sanguins du derme se superposent en plans vasculaires suivant la surface du tégument. Je prendrai pour type de la description ceux de la peau munie de papilles

parce qu'ils atteignent à ce niveau leur complication la plus grande. Le réseau vasculaire le plus superficiel et le plus typique est le réseau des papilles. Chaque papille renferme un bouquet vasculaire qui de sa base s'élève vers son sommet. Il est rare que ce bouquet soit formé simplement d'une artériole afférente d'un capillaire courbé en anse, et d'une veinule efférente. Communément le réseau capillaire est composé d'une série d'arcades superposées qui lui donnent l'aspect d'une petite houppe. Les capillaires s'élèvent jusqu'à l'extrême limite de la papille sans jamais pénétrer dans l'ectoderme. Souvent, au niveau du point où ils se recourbent, ils se contournent en huit de chiffre. Tout ce petit système est entouré de tissu connectif délicat dont les faisceaux sont parallèles à l'axe de la papille. Dans les régions tactiles, ces minces bandes de tissu connectif séparent seules le corpuscule du tact du réseau vasculaire adjacent. Tous les bouquets vasculaires des papilles, dirigés perpendiculairement à la surface du tégument, s'ouvrent dans un réseau vasculaire à mailles serrées qui suit parallèlement à la surface de la peau la ligne de base des papilles. Ce réseau planiforme est réuni à un second réseau qui lui est parallèle, mais dont les mailles sont beaucoup plus larges et sont formées par les vaisseaux afférents. Tandis que le premier réseau (réseau sous-papillaire) est situé à la surface du derme, le second s'étale à sa limite inférieure. Les anastomoses entre ces deux réseaux se font par des traits vasculaires assez grêles qui traversent irrégulièrement le derme, en formant un lacis à très-larges mailles. Si nous négligeons pour le moment les petits réseaux particuliers des glandes cutanées, nous voyons que la vascularisation de la peau comprend de haut en bas quatre plans de vaisseaux : 1° le plan des bouquets papillaires ; 2° le réseau planiforme sous-papillaire ; 3° le réseau anastomotique intra-dermique à vais-

seaux grêles ; 4° le plan profond formé par les vaisseaux afférents. De ce dernier se détachent des rameaux qui s'avancent en suivant les cônes fibreux de la peau et se résolvent dans l'aire de ces derniers en une série de vaisseaux à mailles innombrables qui s'insinuent entre les vésicules adipeuses et entourent chacune d'elles comme le eraient les mailles d'un filet. Ce cinquième réseau est celui du panicule graisseux sous-cutané.

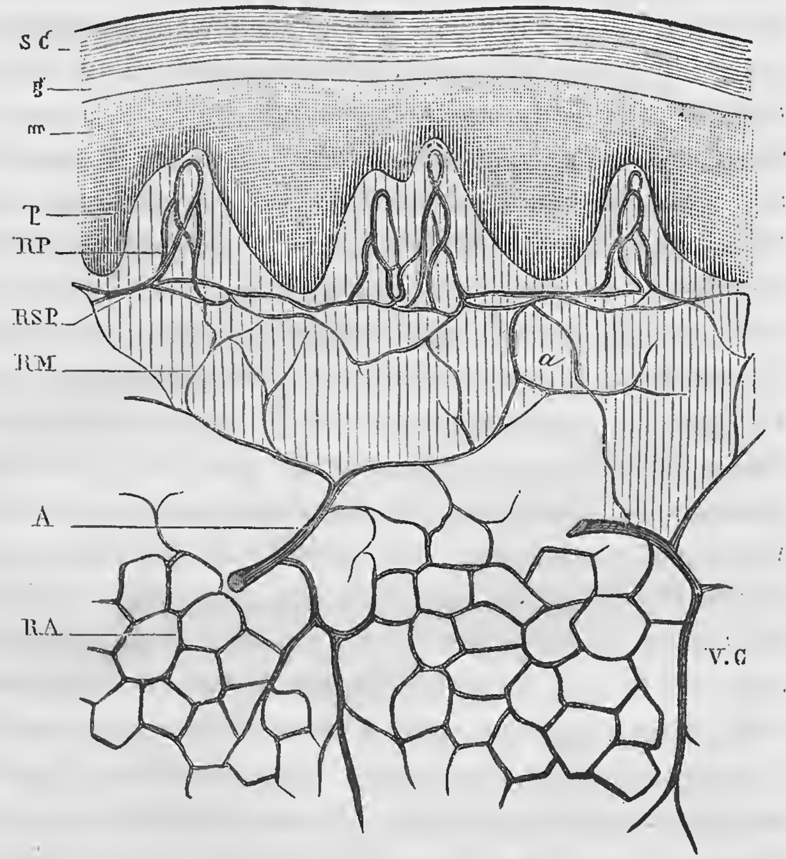


Fig. Schéma des vaisseaux de la peau (les troncs veineux n'ont pas été figurés). — SC, couche cornée. — *g*, couche granuleuse. — *m*, corps de Malpighi. — P, papilles. — RP, réseau papillaire. — RSP, réseau sous-papillaire. — RM, réseau moyen. — A, artères afférentes. — VC, vaisseaux suivant les tractus fibreux qui séparent les cônes fibreux de la peau. — RA, réseau vasculaire des pelotons adipeux. (Les hachures indiquent les aires de distribution vasculaire ; en *a* on voit la limite de deux aires voisines réunies par des anastomoses.)

Nous venons de décrire le réseau sanguin dans son ensemble sans faire une description particulière des veines. Les veines suivent, en effet, communément le trajet des artères; nous ferons remarquer seulement que dans certaines régions, notamment à la base des papilles de la langue et au niveau de celles des gros poils tactiles, on voit les veines présenter des dilatations ampullaires qui constituent de véritables sinus veineux. Nous ferons voir ultérieurement quel rapport existe vraisemblablement entre cette disposition et le perfectionnement local de la sensibilité tactile dans les régions précitées. Mais la description précédente, qui vous rend un compte exact de la superposition des plans vasculaires de la peau, si vous les suivez sur une coupe perpendiculaire à sa surface, ne vous renseigne nullement, Messieurs, sur le véritable mode de distribution du sang dans la nappe choriale. Employons actuellement une tout autre méthode. Si nous suivons les progrès d'une injection faite avec une masse bleue, par exemple, nous constaterons que le derme s'injecte par points isolés. Nous voyons bleuir la peau de distance en distance; la tache bleue offre une forme arrondie, de nouveaux points s'injectent dans l'intervalle des premiers et quand l'injection est complète ces intervalles incolores disparaissent. Que nous montrent ces faits? Nous apprenons ainsi que la peau est divisée en une infinité de *territoires vasculaires* autonomes jusqu'à un certain point, puisqu'ils s'injectent d'abord séparément. L'examen d'une injection incomplète montre que chacun de ces petits territoires est commandé par une petite artère profonde dont la distribution forme un cône vasculaire à base tournée vers la surface libre de la peau. Cette base vue de face paraît donc arrondie. Chaque artériole profonde préside de la sorte à la nutrition d'un segment cutané particulier, qui se termine à la surface par une aire arrondie. Cette disposition

vous donne la clef d'une série de phénomènes. Supposez que l'artériole voie brusquement ses parois musculaires se paralyser, tout le département vasculaire qu'elle commande va s'hyperémier, parfois même devenir le siége d'un œdème aigu. L'aire vasculaire intéressée se montrant, à la surface de la peau, avec un contour plus ou moins régulièrement circulaire, *vous avez ainsi l'explication de la forme arrondie d'une série de lésions élémentaires*, en particulier de la papule de l'érythème et de celle de l'urticaire. La disposition en courbe fermée qu'offrent la plupart des macules congestives peut recevoir la même explication. Imaginez, enfin, que l'artériole maîtresse ait été frappée d'endartérite oblitérante, comme il arrive dans une série de cas et notamment dans les affections ulcéreuses de la syphilis, le sang ne viendra plus nourrir les éléments anatomiques du territoire vasculaire ou les nourrira imparfaitement ; de là ramollissement des vaisseaux de la région, envahissement de cette dernière par les cellules migratrices venues des territoires voisins, et en définitive, ulcération qui, du côté de la peau, se terminera comme l'aire vasculaire intéressée par un pourtour arrondi.

III. — *Lymphatiques de la peau.*

Messieurs, le système lymphatique de la peau est, vous le savez, excessivement riche ; l'injection d'un liquide coloré faite par piqûre en un point quelconque le remplit avec la plus grande facilité. L'on voit alors qu'à l'origine les voies lymphatiques ne sont autre chose que les intervalles des faisceaux fibreux de la peau. Ce sont des fentes limitées par les faisceaux dermiques et par une mince couche élastique qui n'apparaît, d'ailleurs, que lorsque la lacune lymphatique acquiert de grandes dimensions. Ces fentes ne diffèrent des plus petits espaces in-

terfasciculaires que par le revêtement endothélial qui les tapisse. Quand un œdème lymphatique envahit le derme, l'on voit, sur des coupes de la peau, durcie dans l'alcool, que la lymphe occupe non-seulement les trajets, mais aussi les espaces interfasciculaires dont je viens de parler. Il n'y a donc point lieu de décrire, comme on l'a fait, autour des vaisseaux de la peau, de gaîne lymphatique distincte. Il est plus exact de dire que le derme tout entier n'est autre chose qu'une éponge lymphatique. Au fur et à mesure qu'ils s'élargissent, les trajets ou ruisseaux lymphatiques s'endiguent de plus en plus ; mais leurs parois vraies ne se forment, et ils ne sont munis de leurs valvules, que dans les cônes fibreux de la peau où ils pénètrent et sont entourés, comme tous les lymphatiques canaliculés, par les vésicules adipeuses. Cette disposition explique pourquoi, lorsque le derme est envahi par une diapédèse active, comme c'est le cas dans l'érysipèle, c'est surtout dans le pannicule adipeux que les lymphatiques gorgés de globules blancs peuvent être mis facilement en évidence.

Cette riche distribution des voies lymphatiques dans le derme est en rapport, je le crois, avec l'activité considérable des échanges cutanés. Les fonctions multiples de la peau, sa situation même qui en fait le point de contact de l'organisme avec les milieux extérieurs, rendent compte à la fois et de sa vascularisation compliquée et de la multiplicité de ses voies lymphatiques efférentes.

IV. — *Mode de nutrition, évolution de l'ectoderme proprement dit.*

Messieurs, nous avons vu qu'à l'origine l'ectoderme est représenté simplement par un épithélium prismatique. Nous avons vu cet ectoderme se multiplier, soit pour former ses stratifications, soit pour produire des bourgeons

de divers ordres. Nous ignorons absolument comment s'opère cette multiplication. On trouve à peine chez l'embryon des indices contestables de prolifération par division des noyaux, chez l'adulte on n'en trouve plus. La multiplication des cellules a-t-elle lieu par production de bourgeons protoplasmiques ou tout autrement, c'est ce que je ne saurais élucider. Mais un point qui me semble certain, c'est que la couche de cellules cylindriques préside à l'édification de toutes les autres. Examinons ce qui se passe dans une lésion encore non décrite, du reste, et à laquelle je propose de réserver le nom de *phlyctène profonde*. Dans certaines formes du mal perforant, ou consécutivement à des contusions intenses, on voit se former à

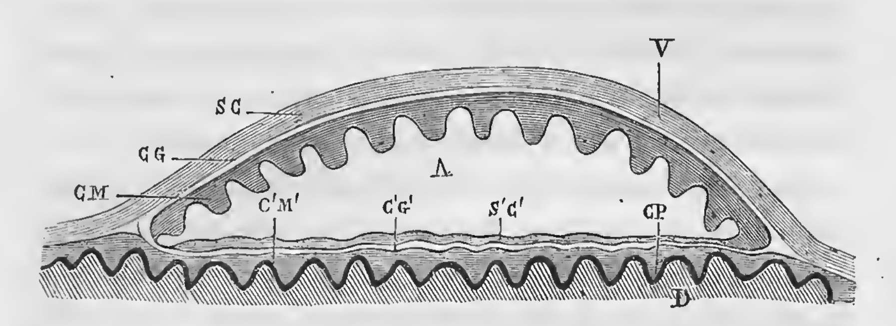


Fig. Phlyctène profonde (figure schématique). — A, cavité de la phlyctène. — V, sa voûte.— CP, couche des cellules prismatiques du corps muqueux. — CM, corps muqueux. — CG, couche granuleuse. — SC, couches épidermiques. — C'M', nouveau corps muqueux. — C'G'., nouvelle couche granuleuse. — S'C', nouvelles couches épidermiques développées sur le plancher de la phlyctène. — D, derme.

la plante du pied une grosse bulle limitée par l'épiderme épais de la région et qui se montre d'abord remplie de sang. Au bout de quelques jours, si l'on a l'occasion d'examiner la lésion, l'on constate qu'elle n'a de la phlyctène que l'apparence. L'ectoderme s'est, en effet, soulevé, non plus au niveau de la zone granuleuse, mais immédiatement au-dessus de la couche de cellules cylindriques juxta papillaires. La voûte de la phlyctène est formée à la fois par

le *stratum corneum*, la *couche granuleuse* et le *stratum de Malpighi*, de telle sorte que les papilles sont restées au fond, simplement couvertes par leur couche de cellules cylindriques. Mais si à côté d'une pareille lésion récente, il en existe une semblable de date ancienne, et qui a commencé à se réparer, on est surpris de voir qu'au-dessus de cette sorte d'arrachement de l'ectoderme comprenant toutes ses couches moins une, il s'est reformé un ectoderme complet avec son stratum de Malpighi, sa couche granuleuse, et un mince stratum corneum. Que conclure de là, sinon que la couche cylindrique profonde est la vraie couche génératrice qui a reconstruit l'ectoderme? Et cependant nous ne trouvons dans les couches nouvellement formées rien de capable de nous renseigner sur le mécanisme même de la régénération. L'étude du développement des greffes épidermiques ne paraît pas avoir conduit mon collègue et ami Reverdin à des résultats beaucoup plus précis.

Il est bien certain que la nutrition des cellules malpighiennes se fait par transsudation pure et simple du plasma sanguin subjacent. Aucun des éléments figurés de la circulation ne pénètre, à l'état normal, dans les couches stratifiées de l'épiderme; ce dernier se nourrit simplement comme les autres épithéliums, par imbibition.

Étudions maintenant les modifications diverses que peuvent subir les cellules ectodermiques. Leur évolution régulière est la transformation cornée sur laquelle nous avons insisté précédemment. En même temps que cette évolution s'opère, le noyau s'atrophie d'une manière continue de la profondeur à la surface, mais la persistance de ce noyau est nécessaire pour que la cellule se charge de substance cornée et se soude à ses voisines afin de former la nappe épidermique. Si le noyau est déjà détruit dans le stratum de Malpighi, la cellule est morte. Elle ne peut plus sécréter de kératine, elle ne se soudera plus à ses voisines et, lors-

qu'elle aura été poussée dans le stratum corneum par le développement *a tergo*, elle y deviendra l'origine d'une fissure de l'épiderme. Ce dernier desquamera alors. Messieurs, la lésion nécessaire et suffisante pour amener ce résultat a été décrite il y a déjà longtemps par mon maître, M. Ranvier. Partout où la peau desquame, on voit le noyau de nombreuses cellules du corps de Malpighi s'atrophier par la dilatation excessive de son nucléole, si bien que ce noyau est complétement détruit avant d'atteindre le niveau de la zone granuleuse. Inversement, dans tous les points où on voit se former un stratum corneum épais et résistant, par exemple au niveau du bourrelet corné qui entoure l'ulcère perforant du pied, les nucléoles ne se dilatent jamais de façon à détruire le noyau par atrophie. La corne s'accumule alors pour ainsi dire indéfiniment. Enfin, dans l'ectoderme subissant son évolution normale, on trouve toujours quelques cellules qui présentent l'altération précitée; ce sont probablement elles qui deviennent l'origine de la desquamation normale et insensible de la peau.

A côté de cette évolution cornée régulière, absolument indépendante de toute cause intradermique, s'en place une autre qui est absolument liée aux modifications circulatoires du chorion, c'est l'évolution muqueuse de la cellule de Malpighi. On l'observe toujours au niveau des papules qui précèdent la production des pustules vraies. Dans le corps muqueux de Malpighi, on voit alors plusieurs cellules présenter des vacuoles extérieures aux noyaux. Ces vacuoles s'agrandissent, le noyau est refoulé à la périphérie de la cellule qui devient globuleuse. Le contenu de la vacuole consiste en un liquide réfringent que ne colorent ni le carmin, ni l'acide picrique, ni les solutions osmiques. Au bout de peu de temps, les cellules vésiculeuses s'ouvrent les unes dans les autres et forment, au sein du corps muqueux, audessous de la zone granuleuse, une petite cavité caver-

neuse que l'on pourrait appeler la *prépustule* et dont le mode de formation a été bien indiqué par mes maîtres, MM. Ranvier et Cornil. C'est une prépustule, et non une vésicule ou petite phlyctène, qui constitue la lésion de l'eczéma. Dans la cavité anfractueuse de la prépustule, le liquide qui va constituer l'exsudat, pénètre à travers les couches profondes du réseau de Malpighi, envahit la cavité que nous venons de décrire et constitue la pustule vraie. L'on peut dire que la lésion de la prépustule représente la véritable inflammation du corps de Malpighi, mais vous voyez, Messieurs, combien ce mode de réaction des éléments de l'ectoderme est pour ainsi dire spécial. Lorsqu'il participe à une inflammation subjacente, l'ectoderme conserve son autonomie originelle. Il se détruit par un mécanisme particulier sans plus produire de cellules embryonnaires à ce moment qu'à celui où il se multiplie pour former des couches stratifiées, ou les bourgeons initiaux des glandes et des phanères.

III

DES MODIFICATIONS SUBIES PAR LA SÉCRÉTION DE LA SUEUR DANS LES MALADIES DE LA PEAU,

par le docteur Pierre Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

(Lu à l'Association pour l'avancement des sciences, session du Havre, 1877.)

Messieurs,

Avant de vous décrire les modifications subies par la sécrétion de la sueur dans les maladies de la peau, et de faire passer sous vos yeux les empreintes qui vous permettront de voir et de contrôler les résultats obtenus, nous devons vous exposer brièvement la méthode expérimentale suivie dans cette étude et la manière dont ces empreintes ont été produites.

Si l'on applique avec une certaine pression et dans des conditions favorables, une feuille de papier blanc ordinaire sur la surface cutanée, et qu'on soumette ensuite cette feuille à l'action de divers réactifs, on obtient des empreintes. Ces empreintes, selon les conditions dans lesquelles elles ont été produites, peuvent se rattacher à des types différents. Les unes sont de véritables impressions analogues à celles que donne, par exemple, une planche de gravure ou une pierre lithographique ; elles reproduisent les saillies, les sillons, les poils, en un mot les accidents de surface de la peau. On peut favoriser la réussite de ces empreintes, soit par une pression un peu prolongée, soit en enduisant préalablement la peau d'une substance colo-

rée par elle-même ou susceptible de se colorer par l'action de réactifs. Ce sont là des empreintes de surface.

Les autres permettent d'apprécier l'état actuel de la sécrétion des glandes cutanées; ce sont les empreintes glandulaires que l'on peut diviser comme les glandes qui leur donnent naissance en empreintes sébacées et empreintes sudorales.

Les empreintes sébacées ne s'obtiennent avec quelque netteté que sur des points limités du corps : le crâne, la face, et particulièrement l'extrémité du nez; nous en avons cependant obtenu exceptionnellement sur les épaules, la région sternale et la ligne des apophyses épineuses. Le pointillé huileux du papier permet de discerner immédiatement ces empreintes, mais on ne saurait les conserver en cet état. La tache huileuse s'étale, se diffuse et perd toute netteté. On peut fixer ces empreintes avec une solution de nitrate d'argent agissant lentement dans l'obscurité. Le sel d'argent se réduit à la longue au niveau de la tache graisseuse et la dessine en noir ou en brun avec une netteté parfaite. Les empreintes que nous vous montrons ont été obtenues il y a plus de deux ans par ce procédé. Récemment, un de nos collègues de la Faculté de Lyon, M. Charpy, a employé l'acide osmique qui comme on le sait, teint fortement en noir les corps gras; cet acide doit constituer dans ce cas par la rapidité et l'intensité de son action un agent supérieur au nitrate d'argent.

Les empreintes sudorales peuvent s'obtenir sur toute la surface du corps, à condition que la région sur laquelle on expérimente soit propre, saine et rasée. Ces empreintes sont de beaucoup les plus importantes; voici comment on les obtient.

Sur la peau mise en sudation par un moyen quelconque (exercice, couvertures, étuve, jaborandi), on pose une feuille de papier blanc ordinaire, mince et de petite dimen-

sion. Cette feuille est maintenue exactement appliquée et fixée à l'aide d'une légère compression s'exerçant par l'intermédiaire d'une compresse fixe pliée en plusieurs doubles. Le temps de pose doit varier, selon l'abondance de la sudation, de quelques secondes à quelques minutes ; quelques secondes suffisent ordinairement.

Dans ces conditions, chaque orifice glandulaire vient verser sur le point correspondant de la feuille de papier une gouttelette de sueur et donne une image. Cette image est par elle-même invisible, il faut la faire ressortir, la révéler. Pour obtenir ce résultat, nous connaissons trois moyens, et l'on pourrait sans doute en découvrir d'autres.

Ces trois moyens sont l'exposition de la feuille à des vapeurs iodées, le badigeonnage avec une solution de protonitrate de mercure, le badigeonnage avec une solution faible de nitrate d'argent suivi de l'exposition à la lumière. Les vapeurs iodées viennent se fixer exclusivement sur les points de la feuille qui présentent une légère humidité, et là, réagissant sur l'amidon du papier, donnent au niveau de chaque glande un petit point bleu. On peut même, mais cela constitue plutôt une expérience de cours qu'un moyen vraiment utile, obtenir d'emblée le pointillé bleu en fixant pendant le temps de pose la feuille de papier avec du coton ou une compresse iodée. Le protonitrate de mercure se réduit partiellement au contact des sels de la sueur et donne un pointillé noirâtre. Les empreintes de l'iode sont fugaces, celles au protonitrate de mercure, quoique un peu plus stables, ne peuvent s'obtenir d'une façon régulière. Ce sel, en effet, est un sel capricieux et instable, qui, tantôt est sensible, tantôt presque inerte. Il nous a semblé pourtant que le protonitrate récemment préparé et très-blanc donnait des résultats plus satisfaisants que celui qui plus ancien s'est altéré et a un peu jauni. Du reste, les meilleures empreintes au mercure

n'ont ni la netteté, ni la stabilité de celles dont il nous reste à parler. Le réactif de beaucoup le plus utile et le plus sensible est le nitrate d'argent, c'est celui dont nous nous servons habituellement, quoique les épreuves à l'iode et au mercure nous aient été utiles pour élucider certains points spéciaux.

La solution de nitrate d'argent doit être faible, 50 centigrammes environ pour 100 grammes d'eau distillée; nous l'employons de la manière suivante. Peu de temps après que la feuille de papier a été détachée de la surface cutanée, nous la badigeonnons bien régulièrement avec un gros pinceau en blaireau trempé dans la solution, puis nous exposons la feuille à la lumière. On ne tarde pas à voir apparaître un fin pointillé noir-violet qui reproduit exactement sur les épreuves réussies le nombre et la disposition des glandes sudoripares de la région.

La théorie de ces empreintes est simple : chaque orifice glandulaire a versé sur le papier sa gouttelette de sueur; cette sueur renferme des chlorures alcalins qui se transforment au contact du nitrate d'argent en chlorures d'argent, et c'est la réduction à la lumière du chlorure d'argent, ainsi produit qui donne le pointillé sudoral.

Quelques précautions sont utiles pour obtenir de bons résultats. Il faut que la sudation ne soit ni trop faible ni trop abondante; trop faible, les empreintes sont nulles ou incomplètes, trop abondante, on n'obtient plus qu'un barbouillage informe.

La solution de nitrate d'argent doit être faible et rester plutôt au-dessous qu'au-dessus de la solution normale de 0,50 0/0. Avec une solution forte, on obtient, il est vrai, des empreintes nettes, si on arrête assez tôt l'action de la lumière; mais, comme avec le temps le nitrate d'argent lui-même se réduit, il en résulte, s'il est en excès, que la feuille entière noircit et que l'empreinte peut perdre sa

netteté et même disparaître. Avec une solution faible, cela n'est pas à craindre, et nous avons des empreintes recueillies depuis plusieurs années et qui tout en étant moins fraîches que le premier jour ont gardé toute leur netteté, quoiqu'elles n'aient subi ni fixation ni virage.

Il importe encore que le badigeonnage au nitrate d'argent suive de près l'application de la feuille de papier sur la peau. Le chlorure de sodium, en effet, ainsi que les autres sels qui constituent le résidu sudoral, est déliquescent, et au lieu de rester fixé sur le point limité où il a été déposé par l'orifice glandulaire, il se diffuse dans le papier. Le nitrate d'argent en le transformant en un chlorure insoluble fixe l'empreinte et lui conserve sa netteté. Relativement à l'exposition à la lumière, il vaut mieux éviter le plein soleil, et se servir de la lumière diffuse; il est bon également de retirer et de fermer la feuille dès que l'empreinte se dessine nettement. Une exposition plus longue à la lumière ne peut que nuire à la netteté de l'empreinte à cause de la réduction du nitrate d'argent.

Telle est la méthode d'investigation que nous avons employée, elle est très-simple et peut se résumer dans les trois conditions suivantes :

1° application d'une feuille de papier sur la peau en sueur.

2° Badigeonnage de cette feuille avec une solution faible de nitrate d'argent.

3° Exposition de la feuille à la lumière.

La récolte et l'étude de ces empreintes constitue pour la physiologie et la pathologie cutanée une méthode d'investigation nouvelle et précise que nous avons appliquée à l'étude de diverses questions ; la seule de ces questions que nous voulions aborder aujourd'hui est celle des modifications de la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau.

La récolte des empreintes sur la peau malade se fait

exactement comme sur la peau saine, sauf la nécessité où l'on est souvent de débarrasser préalablement la surface cutanée des produits de sécrétion (croûtes, squames, furfures, etc.) qui viendraient troubler la netteté des résultats. L'enveloppement au caoutchouc rend pour ce nettoiement préalable de la peau les plus grands services. Il importe, toutes les fois qu'on le peut, de recueillir une série d'empreintes à partir du début de la maladie jusqu'à sa guérison complète; on obtient ainsi parallèlement à l'évolution de la maladie les états successifs de la sécrétion sudorale. Nous avons généralement eu soin de recueillir les empreintes près de la limite du mal par un léger trait à l'encre. Ce trait s'imprime sur le papier en même temps que la sueur et donne le contour et la limite de l'espace malade. On peut ainsi apprécier facilement l'état comparatif de la sécrétion sur la peau saine et sur la peau malade, et discerner à première vue les différences qu'entraîne l'état pathologique.

Il est plus commode de choisir, quand on le peut, une région habituellement découverte ou facile à découvrir, telle que la main ou l'avant-bras; sur ces points, les empreintes se recueillent avec moins de dérangement pour soi-même et pour le malade. Il est presque inutile d'ajouter que toutes ces recherches se font plus rapidement et plus facilement en été, alors que la sueur s'obtient facilement et sans l'emploi d'aucun moyen artificiel.

Dans l'énumération les affections cutanées, nous suivrons un ordre un peu arbitraire, mais qui convient à notre sujet, et nous étudierons successivement les affections qui ne s'accompagnent d'aucune irritation cutanée, et celles où cette irritation existe à un degré variable depuis la simple hypérémie jusqu'aux exsudations et productions diverses.

AFFECTIONS NON IRRITATIVES.

Nævus pileux et saillant. — Hypersécrétion notable, persistant même lorsque la peau saine voisine sécrète à peine. Cette hypersécrétion doit correspondre à l'hypertrophie et l'hypérémie des éléments glandulaires, coexistant avec le développement plus considérable des poils.

Nævus en tache vineuse. — Hypersécrétion marquée, mais moindre que dans le nævus saillant. Quelques-unes des taches vineuses, sur lesquelles nos empreintes ont été prises, ne présentaient absolument aucune saillie, et n'auraient pu se discerner par le seul toucher de la peau saine avoisinante. Même sur ces points la sudation s'établissait plus facilement, était plus abondante et persistait plus longtemps que sur la peau saine.

Nævus pigmentaire. — Les taches congénitales simples de la peau ne s'accompagnent d'aucune modification appréciable, soit quant au nombre et à la disposition, soit quant à la sécrétion des éléments glandulaires.

Taches de rousseur, éphélides. — Aucune modification.

Vitiligo. — Il n'existe pas de différence appréciable entre la sécrétion des espaces qui ont un excès ou un défaut de pigmentation et la peau saine.

Pelade. — Sur plusieurs malades observés nous n'avons jamais trouvé de différence entre la plaque de pelade et les régions saines du cuir chevelu.

Tatouage. — Nous n'avons en vue ici que le tatouage ancien et non celui qui vient d'être pratiqué et a déterminé une irritation passagère plus ou moins vive de la peau. Le tatouage n'entraîne aucune modification du nombre ni de l'activité sécrétoire des glandes.

Ichthyose. —Nous avons constaté dans l'ichthyose les trois faits suivants :

1° Diminution notable du nombre des glandes sudoripares, ou tout au moins de celles de ces glandes qui conservent leurs fonctions.

2° Irrégularité de la disposition des glandes. Cette irrégularité, plus apparente peut-être que réelle, doit tenir à ce qu'un grand nombre de glandes faisant défaut, l'arrangement de celles qui subsistent paraît troublé.

3° Hypersécrétion probablement supplémentaire de quelques régions moins profondément atteintes.

Nous ferons observer que nos empreintes d'ichthyose ont été recueillies au mois de juillet, alors que la température était élevée, et que, soit sous cette influence, soit à la suite du traitement, la maladie était à peu près dissimulée. Nous avons étudié l'ichthyose sur plusieurs malades, mais plus spécialement sur un enfant de 10 ans, dont la face, le quart inférieur des avant-bras et les mains ne présentaient que des traces peu sensibles de la maladie.

Sur ces points, le nombre des glandes se rapprochait d'autant plus de l'état normal, que la surface cutanée paraissait plus saine. Sur les régions malades, les glandes, ou tout au moins celles de ses glandes qui fonctionnaient, étaient éparses et très-clair-semées. L'hypersécrétion était considérable à la plante des pieds, à la paume et sur le dos des mains. En ce dernier point, le papier, après quelques secondes de pose, présentait une surface visiblement mouillée; malgré cette abondance de la sécrétion, que nous n'avons jamais trouvée dans cette région à un pareil degré, nos feuilles ne donnaient absolument aucune empreinte après le badigeonnage au nitrate d'argent. Après avoir écarté, à la suite d'expériences multiples, diverses hypothèses erronées, nous arrivâmes à constater que le chlorure d'argent produit ne se réduit que très-imparfaitement à la lumière lorsqu'il se trouve en présence d'un excès de chlorure de sodium. Il a suffi, en effet, de pren-

dre une solution argentique plus forte, ou mieux de réduire à une ou deux secondes le temps de pose, pour obtenir des empreintes parfaitement nettes. C'était donc ici l'excès même de la sécrétion qui s'opposait à la réussite des empreintes, et nous avons retrouvé le même fait dans tous les cas où la sueur coule trop abondamment.

A) *Affections hyperémiques.* — *Urticaire.* — Nous avons recueilli de nombreuses empreintes sur deux malades et plus spécialement sur l'un d'eux dont les plaques disparaissaient par le séjour au lit, mais ressortaient nombreuses et saillantes dès qu'il était exposé à l'air et surtout lorsque nous le faisions courir pour provoquer la sudation. Nous n'avons jamais observé la moindre différence entre les pomphus les plus accentués et la peau saine qui les entoure; il est à noter ici que l'exsudat du pomphus, quelle que fut son abondance, n'entraînait aucune obstruction du conduit sudoripare.

Roséole syphilitique. — Aucune modification.

Roséole copahique. — Aucune modification.

Erythème arsenical. — Aucune modification, au moins au début; les empreintes ont été prises sur de larges espaces érythémateux des bords externe et interne du pied, empiétant un peu sur le dos et sur la plante de l'organe. Le début de l'érythème remontait à quelques heures seulement.

Zone hypérémique au niveau, au pourtour de lésions osseuses, d'abcès profonds, de fistules. Il arrive assez souvent, et c'est un fait que nous avons observé surtout au pied et particulièrement au niveau du calcanéum, que des inflammations osseuses chroniques avec ou sans fistule s'accompagnent d'une rougeur cutanée plus ou moins intense d'étendue. La main appliquée sur la région y perçoit une chaleur plus forte que du côté opposé. Dans ces cas

nous avons toujours trouvé une hypersécrétion sudorale notable. Contrairement à ce qui arrive pour la peau saine où la sudation subit pour des causes diverses et spécialement sous l'influence du chaud et du froid, de l'exercice ou du repos, des variations très-grandes, la sécrétion est ici peu modifiée par les variations extérieures de la température. Nous avons pu en effet obtenir en quelques secondes des empreintes très-nettes même en hiver en laissant préalablement les jambes et les pieds exposés à l'air sur le lit. Dans les mêmes conditions la région saine du côté opposé ne donnait aucune trace de sudation.

L'hypérémie cutanée profonde lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion de la surface, tend donc à stimuler l'activité sécrétoire des glandes sudoripares.

B) *Affections inflammatoires* ou s'accompagnant à des degrés divers de production d'exsudation ou d'hémorrhagie.

Prurigo lichénoïde généralisé. — Le professeur Hébra, dans le chapitre consacré à l'anidrose, dit : « On peut observer le même phénomène (suppression complète ou diminution notable de la sécrétion sudorale) chez les malades affectés de prurigo ; et, comme l'ichthyose ou le prurigo persistent généralement pendant toute la vie de l'individu, on peut dire que dans ces deux affections la transpiration fait complétement défaut pour la généralité des cas. »

En contradiction avec l'opinion d'Hébra, et cela dans le vrai prurigo qui dure en effet autant que l'individu et non dans les prurigo de cause externe, nous avons constaté dans trois cas que nous avons étudiés à ce point de vue, la persistance de la sécrétion sudorale. Le nombre des glandes n'était point tout à fait normal, mais il atteignait et même dépassait dans les points les plus malades, les deux tiers du nombre normal. La sécrétion s'obtenait assez facilement sous l'influence de l'exercice. A ce point de vue

donc nous considérons le prurigo chronique que l'on pourrait également appeler congénital comme troublant moins profondément les fonctions de la peau que l'ichthyose.

Purpura. — Dans le seul cas que nous ayons examiné, la sécrétion était tarie au niveau des taches de purpura et conservée dans les petits espaces sains intermédiaires. Nous ne pouvons affirmer que le fait soit constant, cependant nous sommes disposés à l'admettre si nous nous reportons à l'examen de coupes microscopiques, préparées par M. le docteur Vinay dans le laboratoire du professeur Pierret. Sur ces coupes on voyait nettement que le siége principal de l'hémorrhagie était au pourtour du glomérule sudoripare; ce fait anatomo-pathologique permet de comprendre l'arrêt de la sécrétion sudorale et pourrait servir à interpréter les faits d'hæmatidrose.

Psoriasis. — Le psoriasis, à sa période d'état, tarit complétement la sécrétion sudorale. Cette maladie est fréquente et nous avons pu l'étudier à toutes ses périodes chez de nombreux malades, et toujours, malgré les soins les plus grands apportés à nettoyer les plaques, malgré la durée de la pose, nous avons constaté l'absence de la sécrétion. Celle-ci ne reparaît même pas lorsque l'éruption paraît déjà très-améliorée. Plus tard et après la guérison complète, et alors même que la plaque se trahit encore par une légère pigmentation de la peau, la sécrétion se rétablit complétement. Il serait impossible alors de distinguer sur une empreinte l'espace guéri de la peau restée saine qui l'entoure. Un fait intéressant à signaler est l'existence d'une hypersécrétion passagère, mais bien nette au moment où les glandes sudoripares reprennent leurs fonctions. A ce moment, la netteté de la surface indique que la couche de Malpighi a recouvré son intégrité, et la persistance d'une légère rougeur prouve qu'il subsiste encore un peu d'hypérémie cutanée.

Érysipèle. — Arrêt complet de la sécrétion sudorale, on peut aussi constater sur le bout du nez l'arrêt de la sécrétion sébacée. Il s'écoule au moins deux semaines avant que quelques glandes rares et isolées d'abord commencent à reprendre leurs fonctions.

Éruptions sudorales. — Ainsi que l'on doit s'y attendre, presque toutes les glandes fonctionnent; on peut cependant constater que quelques groupes glandulaires font défaut ; ce sont ceux qui correspondent aux points de la surface cutanée où se sont développées des vésicules ou des érosions superficielles.

Herpès simple. — Arrêt momentané. Sur un groupe d'herpès développé le 13 juin, une empreinte prise le 27 juin, alors que la surface cutanée était redevenue nette et lisse, montre l'absence de sécrétion. Celle-ci avait reparu le 4 juillet.

Herpès zoster. — Même résultat que pour l'herpès simple. Nous n'avons pas eu occasion de recueillir d'empreinte sur les cas assez fréquents qui laissent de légères cicatricules.

Pemphigus. — Le seul sujet soumis à notre observation était trop gravement malade pour que nous ayons essayé de le faire transpirer ; mais l'étude des lésions bulleuses expérimentales (vésicatoire) nous permet d'affirmer que le pemphigus doit supprimer momentanément la sueur.

Eczéma. — L'eczéma comme le psoriasis supprime la sécrétion sudorale. Celle-ci ne reparaît même pas encore lorsque l'eczéma amélioré présente déjà une surface et un épiderme pelure d'oignon, et ne sécrète plus. A mesure que l'eczéma guérit, on voit un nombre de glandes de plus en plus considérable recouvrer leurs fonctions; et lors de la guérison complète toutes ou presque toutes sécrètent normalement. Nos empreintes ont presque toutes été prises sur des formes chroniques ; dans un cas d'eczéma aigu de

la face il s'écoula un mois entier avant que toutes les glandes eussent recouvré leurs fonctions.

Deux fois, dont une sur un eczéma nummulaire, nous avons observé à une période avancée de la guérison une hypersécrétion sensible, analogue à celle que nous avons signalée dans le psoriasis.

Impétigo. — La sécrétion tarie momentanément reparaît assez vite dans toute son intégrité.

Ecthyma. — Suppression et réapparition tardive, quelques glandes restent définitivement supprimées.

Pustules de la gale. — Suppression momentanée.

Herpès circiné. — La suppression de la sécrétion est en raison de l'irritation produite, elle est complète dans les cas où les vésico-pustules sont nombreuses, la rougeur et la saillie prononcées. Une empreinte prise sur un cas semblable, le 9 juillet, est dépourvue de toute trace de sécrétion glandulaire; dès le 16 juillet, quelques glandes reparaissaient et quelques semaines plus tard toutes avaient repris leurs fonctions.

Favus. — Le favus entraîne des degrés d'irritation de la peau très-variables pouvant aller de l'érythème simple jusqu'à l'ulcération et la cicatrice. On conçoit donc qu'il puisse se présenter ici des variations notables dans l'action exercée sur la sécrétion glandulaire. Sur les espaces hypérémiés et rouges qui caractérisent le favus après la rasure ou l'épilation nous avons trouvé la sécrétion quelquefoie conservée, mais le plus souvent complétement abolie. Dans le premier cas, quelques glandes font défaut, mais il en subsiste encore la plus grande partie.

Lupus. — L'envahissement de la peau par la néoformation supprime peu à peu tous les éléments glandulaires. Çà et là quelques glandes encore préservées présentent de l'hypersécrétion.

Syphilides et scrofulides tuberculeuses. — Le même fait

d'envahissement et de suppression des glandes se présente.

Cicatrices. — La cicatrice est la substitution d'un tissu uniforme dérivé du tissu conjonctif, aux éléments variés de la peau. Quelle qu'ait été la maladie qui a donné naissance à la cicatrice, on constate les mêmes résultats. Nos empreintes proviennent de cicatrices d'origine très-diverses, et dans toutes nous constatons les mêmes faits. En pleine cicatrice, les glandes font totalement défaut, mais à la limite de la peau saine, quelques glandes qui ont probablement subi une hypertrophie notable ont une sécrétion exagérée. Dans les cas de cicatrices peu profondes, toute la surface peut être ainsi parsemée d'éléments glandulaires plus rares mais offrant de l'hypersécrétion.

Considérations et déductions. — Malgré les lacunes nombreuses que présentent encore nos recherches, il est permis déjà d'en tirer quelques conclusions.

La série des anomalies pigmentaires (nœvus pigmentaire, vitiligo, éphélides et même pelade) ne produisent aucune modification de la sécrétion sudorale.

L'hypérémie cutanée, lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'inflammation et qu'elle existe non-seulement à la surface de la peau mais dans les couches profondes du derme, produit l'hypersécrétion. Cette hypérémie se rencontre dans des circonstances diverses : permanente dans les taches vineuses, passagère dans la zone hypérémique des lésions osseuses ou dans le stade avancé de guérison du psoriasis ou de l'eczéma.

Les hypérémies de la surface, comprises sous le terme générique d'exanthèmes (urticaire, roséole copahique, roséole syphilitique, etc.) respectent la sécrétion sudorale sans l'accroître ni la diminuer.

Les affections irritatives et inflammatoires les plus diverses (érysipèle, eczéma, psoriasis, affections vésiculeuses ou

pustuleuses diverses, etc.) entraînent toutes la suppression, au moins passagère, de la sécrétion sudorale.

Quelle interprétation faut-il donner de cette suppression ? Se produit-il simplement une occlusion du conduit glandulaire ? L'inflammation se propage-t-elle de la surface de la peau et de la couche de Malpighi dans les culs-de-sac? Est-ce quelque action réflexe qui partant de la surface va retentir sur l'innervation et le fonctionnement des glandes ? Est-ce parfois, comme dans le purpura, quelque altération des parois vasculaires ?

Toutes ces hypothèses sont permises, mais nous ne pouvons ni choisir entre elles ni faire à chacune la part qui lui revient. Nous pensons cependant que l'occlusion joue un rôle important et qu'elle suffit à elle seule pour arrêter la sécrétion glandulaire. Nous aborderons plus tard l'étude théorique de cette question, lorsque des expériences poursuivies sur les occlusions glandulaires, les irritations expérimentales, la réfrigération et l'échauffement de la peau nous auront permis d'y apporter quelque éclaircissement.

IV

BLENNORRHAGIE URÉTHRALE AYANT POUR ORIGINE L'INOCULATION DE PUS D'UNE GLANDE DE BARTHOLIN ABCÉDÉE. TRAITEMENT PAR LE SANTAL JAUNE ; GUÉRISON COMPLÈTE LE 28e JOUR, par le Dr Le Pileur.

Très-honoré confrère et directeur,

Voulez-vous accepter pour les *Annales* cette petite note qui tout en ne rentrant pas précisément dans le cadre élevé de ses travaux, peut offrir néanmoins quelque intérêt au praticien.

Le 27 mars 1876 un de mes amis, ancien étudiant en médecine, vint me trouver, tout déconfit, en m'annonçant qu'il avait contracté une blennorrhagie, et que n'ayant heureusement pas pour lui, une grande habitude de cette affection, il s'en rapportait à moi du soin de le guérir. J'avais le rare bonheur de rencontrer un client intelligent qui ne me tromperait point, qui était assez soucieux de son mal pour le surveiller attentivement, et qui allait me fournir une belle observation. Je m'en félicitai donc *in petto* en souhaitant de tout mon cœur le moins de mal possible à mon ami. Comme antécédents, deux blennorrhagies, la dernière en 1866. Sujet vigoureux, 30 ans, un peu lymphatique, excès vénériens nuls, dernier rapport, le seul qu'on pût justement accuser, remontant au 23 mars, 4 jours avant.

Le 26 mars, en urinant, au moment de se coucher, le malade avait ressenti un léger picotement au méat, et surtout une douleur assez vive dans la fosse naviculaire. En examinant cette région il y avait reconnu de la dureté, et la pression était sen-

sible et douloureuse, comparable, disait-il, à la sensation que produirait un corps étranger fixé dans ce point.

Le 27 mars, au réveil, une légère pression du gland donne issue à une gouttelette de liquide blanchâtre et visqueux, pas de douleur dans la miction.

Quand je vois le malade, la verge est généralement gonflée, les veines sont turgescentes, méat rouge vif, sentiment de malaise dans les aines, s'irradiant jusque dans les lombes, un peu de fièvre.

Je prescris le régime de table traditionnel, un peu de vin pur à chaque repas, le reste coupé aux trois quarts d'eau de Contrexeville, pas de bains, le plus grand repos possible, et comme boisson dans l'intervalle des repas, l'eau de Contrexeville pure ou coupée par moitié d'eau d'orge à prendre tant que le malade voudra, mais surtout après chaque miction.

Voici maintenant le journal que le malade a tenu avec une régularité parfaite.

27 *mars*. — 10 mictions dont deux donnent un léger picotement. 6 verres d'eau de Contrexéville et eau d'orge. On ne parle jamais que de ce qui est bu entre les repas.

28 *mars*. — 11 mictions. — 6 verres. Le méat collé au réveil. La douleur de la fosse naviculaire n'est pas augmentée et paraît au contraire diminuée en arrière et ne plus siéger qu'en un petit point en avant. Sentiment de chaleur constant au méat sans prurit, pas de taches sur le linge.

29 *mars*. — 9 mictions. — 6 verres. Pas de taches sur le linge jusqu'au dîner, mais dans la soirée cinq ou six petites taches.

30 *mars*. — 14 mictions. — 7 verres. Un peu de douleur en urinant. Jet d'urine bifurqué et tordu. Quelques taches sur le linge.

31 *mars*. — 12 mictions. — 7 verres. Peu de douleur en urinant, mais écoulement plus marqué. La fosse naviculaire est toujours douloureuse, mais à la pression seule ou par le simple contact du pantalon.

Examen de la femme soupçonnée. — Rien à première vue aux organes externes. Pas d'uréthrite, pas de vaginite, col sain. En retirant le spéculum de Cusco je vois écouler du pus sur la valve inférieure. Ceci m'effraya pour mon client car la douleur persistante de la fosse naviculaire et l'état inflammatoire de la

région m'avaient déjà fait penser à un chancre de l'urèthre. Un nouvel examen ne me donna aucun résultat, les colonnes du vagin étaient parfaitement saines, de couleur normale. D'où donc venait ce pus? Je changeai d'instrument et pris le spéculum en verre transparent. Il ne me fit rien voir de nouveau, mais en le retirant et en appuyant fortement sur le côté gauche du vagin, d'où le pus était venu la première fois, j'en vis sourdre une nouvelle goutte, et alors, le liquide abstergé, j'aperçus un petit orifice distendu par la pression. Un stylet préparé d'avance y fut introduit, et après avoir retiré le spéculum, je constatai que l'instrument pénétrait dans une cavité située presqu'à l'entrée du vagin et formée par un abcès de la glande de Bartholin. En comprimant celle-ci fortement j'en fis sortir trois ou quatre grosses gouttes de pus. Dès lors la blennorrhagie s'expliquait le mieux du monde. Le pénis introduit dans ce vagin assez étroit avait comprimé la glande, et le pus exprimé avait été immédiatement recueilli par l'urèthre.

1er *avril.* — 13 mictions. — 4 verres. Douleur toujours très-minime ainsi que l'écoulement.

2 *avril.* — Pendant la nuit l'écoulement a augmenté. Sur la chemise de nuit taches de pus rouillé. — 11 mictions. — 4 verres. A la fin de la journée taches nombreuses sur le linge.

3 *avril.* — L'écoulement, d'un jaune vif, augmente, certaines mictions sont plus douloureuses que d'autres, et sont suivies de douleurs dans le cordon. Bicarbonate de soude, 4 grammes pour un litre d'eau à boire dans la journée en continuant toujours l'eau de Contrexéville aux repas. — 11 mictions. — 5 verres représentant un litre de solution et un verre d'eau d'orge.

4 *avril.* — 13 mictions. — 4 verres d'eau d'orge. 4 verres de solution. Peu de douleur mais sentiment de gêne dans les aines et de pesanteur dans les testicules. Le malade porte un suspensoir depuis le début. Écoulement très-abondant.

5 *avril.* — 13 mictions. — 3 verres d'eau d'orge. 5 verres de solution. Un peu plus de douleur.

6 *avril.* — 12 mictions. — 5 verres de solution. Douleur plus vive qu'elle n'a jamais été. Pendant la nuit érection douloureuse. Écoulement verdâtre. Bromure de potassium,

4 grammes tous les soirs. Santal jaune de Bretonneau, 9 capsules à prendre trois par trois.

7 *avril.* — 11 mictions. — 5 verres d'eau d'orge. 3 verres de solution. 9 capsules de santal. Érection nocturne douloureuse.

8 *avril.* — 15 mictions. — 7 verres de solution. 11 capsules. Il y a encore eu des érections douloureuses, mais l'écoulement n'est plus à la fin de la journée que d'un blanc jaunâtre presque laiteux.

9 *avril.* — 10 mictions. — 5 verres de solution. 12 capsules. Toute la nuit, malgré le bromure, il y a eu des érections longues et douloureuses; la miction très-douloureuse surtout le matin, mais à partir du milieu de la journée il n'y a presque pas eu d'écoulement.

10 *avril.* — 9 mictions. — 5 verres de solution. 12 capsules. Nuit meilleure, érection violente le matin, mais moins douloureuse. La verge était presque verticale au lieu d'être horizontale comme dans les précédentes. Il existe toujours de la sensibilité à la verge et le méat est très-rouge, mais la douleur de la fosse naviculaire est moins vive, sensation de pesanteur continuelle au périnée. Il n'y a presque pas eu d'écoulement dans la journée, réapparition un peu le soir.

11 *avril.* — 8 mictions. — 2 verres de solution. 12 capsules. Plus d'érections, plus de douleurs en urinant.

12 *avril.* — Même état. — Même traitement. Une goutte de pus assez forte au réveil. Dans la journée une tache au plus sur le linge.

13 *avril.* — Suintement très-faible.

14 *avril.* — Il n'y a plus du tout de suintement. 15 capsules. Suppression des boissons.

15, 16, 17 *avril.* — Même état. — 18 capsules.

18, 19, 20 *avril.* — Même état. — 15 capsules.

21 *avril.* — Même état. — 12 capsules. Pendant les six jours précédents, il n'y a plus eu de douleurs, les mictions n'ont pas été trop fréquentes, mais il y en a toujours eu une pendant la nuit, ce qui n'est pas habituel chez le malade en état de santé. On n'a pris ni bière ni café, mais de temps à autre un petit verre de liqueur ou de madère. Le 20, un verre de champagne même n'a rien produit de fâcheux.

22, 23, 24 *avril.* — Même état. — 12 capsules. Le ma-

lade à son trente-deuxième jour depuis le dernier rapport sexuel et au vingt-huitième depuis le début de la blennorrhagie n'a plus depuis dix jours l'apparence de suintement. Je l'autorise à entrer en *libre pratique*, mais je l'engage à continuer le santal pendant quelques jours.

27 *avril*. — Reprise complète du régime habituel.

30 *avril*. — Cessation du santal à 6 capsules.

En résumé, cette observation fournit plusieurs points intéressants :

1° *Étiologie*. — Deux remarques en découlent :

La première c'est qu'un pus quelconque, celui d'un abcès par exemple, peut donner une blennorrhagie tout aussi bien que le pus de l'uréthrite ou de la vaginite.

La seconde, conséquence de la première, est que le médecin doit conserver la plus grande réserve vis-à-vis de son malade au sujet de la source de la blennorrhagie. En effet, le cas ne pourrait-il pas se présenter où un homme marié n'aurait été contaminé que par sa femme ? Il serait donc urgent, le malade étant d'absolue bonne foi, de le rassurer au moral comme au physique.

2° *Traitement*. — Cette partie de l'observation fixe notre attention sur trois points :

a) Bains.

b) Guérison rapide.

c) Administration du santal concurremment avec les liquides.

a) En effet les bains qu'on ordonne habituellement au début de la blennorrhagie sont peut-être inutiles, à moins d'indication absolue, et encore je crois que les sangsues au périnée qui effrayent beaucoup, je ne sais pourquoi, sont préférables. Pour ma part, j'ai souvent vu des malades n'éprouver aucun soulagement du bain, et y rattacher au contraire, quoique peut-être à tort, une exacerbation consécutive.

b) Guérison rapide, ce mot n'est pas exagéré puisqu'il y a eu cessation de l'écoulement le dix-huitième jour et guérison complète le vingt-huitième. Sans doute, tout le monde a vu des chaudepisses guérir en dix-huit et même quinze jours rien qu'avec des boissons. Mais les cas peu nombreux de ce genre que j'ai pu enregistrer n'avaient pour origine qu'un simple excès de coït, sans inoculation de pus d'aucune nature, un excès de boissons et particulièrement de bière, qu'un simple

lavage émollient guérissait; c'était en un mot, et qu'on nous passe l'expression, de véritables blennorrhagies traumatiques en tout semblables à celles des filles de maison, si fréquentes à Saint-Lazare qu'en l'espace de trois mois j'en ai relevé pour mon ami et confrère le Dr Debout cinquante observations dont la moyenne de traitement avait été de neuf à dix jours. Or, ce n'était pas le cas ici, et le malade n'a pris que des boissons et du santal.

Les boissons, à la dose d'environ 10 à 12 verres par jour y compris ce qu'on prenait aux repas, et nous devons remarquer ici que l'eau de Contrexéville nous a donné un résultat au moins égal à celui du bicarbonate de soude, les boissons, disons-nous, ont produit ce qui est bien connu du reste, des mictions fréquentes et la plupart du temps abondantes, sans fatigue pour la vessie dont le sentiment de pesanteur au périnée a été le seul indice.

Quant à l'essence de santal jaune, les capsules de Bretonneau en contiennent 0,40 centigrammes, et après en avoir pris 44 en quatre jours soit $4^{gr},40$ par jour, la douleur a cessé et l'écoulement aussi.

Enfin la guérison complète a été obtenue dix-huit jours après celui où on a commencé le santal, et encore comptons-nous largement, car le verre de champagne pris impunément le quinzième jour est à notre sens une preuve suffisante de guérison. Enfin le malade a pris en tout 180 capsules y compris 40 par extrême prudence. Cela représente 72 grammes d'essence dont les extrêmes ont été de $7^{gr},20$ et de $2^{gr},40$ par jour.

c) Nous remarquons en dernier lieu que ce médicament, au contraire du copahu et du cubèbe, agit même en présence des liquides. En effet, dans le cas qui nous occupe, le malade n'a cessé de boire qu'au moment où tout écoulement était arrêté et arrêté bien probablement par le santal, puisque celui-ci n'a été prescrit que le jour où le pus était verdâtre et plus abondant que jamais et que trois jours après son introduction dans l'économie, le pus devenu d'abord jaunâtre, presque laiteux, avait presque complétement cessé.

Ce médicament n'est pas nouveau et plusieurs l'ont déjà vanté, aussi je ne donne cette observation que comme un fait favorable à ajouter à son dossier, fait qui prend son véritable caractère d'importance dans l'exactitude absolue et même dans la minutie du récit.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Atlas of the diseases of the skin, par le Dr BALMANNO SQUIRE. — 1re partie. Londres, 1878, Churchill.

Ce premier fascicule comprend seulement quatre planches : 1° nævus vascularis ; 2° nævus vascularis avec molluscum ; 3° psoriasis diffusa ; 4° le même cas après le traitement.

Ces planches en chromo-lithographie donnent une idée nette des diverses affections de la peau auxquelles elles se rapportent. Du reste, à propos de chaque cas l'auteur fournit un résumé de la maladie à laquelle il appartient, en insistant spécialement sur la partie thérapeutique.

Pour le nævus vasculaire, après avoir rappelé les divers modes de traitement employés, et notamment les scarifications qui donnent en général de bons résultats, l'auteur propose un nouvel instrument, le « scarificateur multiple », qui est composé de 16 lames parallèles très-rapprochées les unes des autres et avec lequel on peut faire d'un seul coup une série d'incisions.

Quant au psoriasis, M. Balmanno Squire énumère les différentes médications internes et externes. A l'intérieur, il préfère le phosphore dont l'action lui paraît plus rapide et plus décisive que celle de l'arsenic.

Comme traitement local, nous signalerons seulement l'acide chrysophanique que l'auteur a préconisé dans ces derniers temps.

Cet acide est le principe actif de la poudre de Goa, la-

quelle est utilisée depuis longtemps dans l'Inde pour combattre la teigne circinée. Une à deux semaines de ce traitement ont suffi pour guérir des psoriasis invétérés datant de 20 à 30 ans. On peut employer une pommade plus ou moins forte : suivant les cas, de 1 à 8 grammes d'acide chrysophanique pour 30 grammes d'axonge. Toutefois, appliquée dans le voisinage des yeux, elle a l'inconvénient de déterminer quelquefois une conjonctivite aiguë.

M. Balmanno Squire a adopté pour son atlas le format in-8° qui est, il est vrai, d'un maniement plus facile, mais qui offre cet inconvénient que certaines planches ne peuvent représenter que le point malade ou une partie circonscrite de la lésion, dans quelques cas cela sera évidemment suffisant, mais dans d'autres, il y a certainement avantage à avoir sous les yeux un dessin plus étendu.

Traité des maladies de la peau comprenant les exanthèmes aigus, par Ferdinand Hebra, professeur de dermatologie à l'Université, médecin en chef du service des maladies de la peau à l'hospice général de Vienne. Traduit et annoté par M. le Dr A. Doyon, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage. Édition revue par l'auteur, t. II. G. Masson, éditeur, Paris, 1874-1878.

Le second volume du *Traité des maladies de la peau*, par *Hébra*, en voie de publication depuis quelques années, est définitivement achevé et couronne l'œuvre de traduction si digne d'intérêt dont on reste redevable à M. Doyon. L'accueil fait dès le début à cette entreprise laborieuse du directeur des *Annales de dermatologie*, indépendamment de toute autre considération, nous dispense de lui décerner ici les éloges qu'elle mérite. Ce que les juges compétents vérifieront sans peine, c'est que l'interprétation française

bout avec les qualités d'exactitude, de clarté et d'élégance qui la recommandaient déjà à la faveur du public médical.

Nous n'avons pas à revenir sur la discussion de la classification des maladies de la peau, adoptée par le professeur *Hebra*, sous l'inspiration de doctrines pures d'anatomie pathologique, et dans laquelle des contradictions ont dû être signalées en leur temps. Le deuxième volume dont il s'agit s'ouvre avec la VIe division des douze classes ou familles, rangées suivant la méthode du *Traité ;* cette classe est relative aux *hypertrophies*, autrement dit aux affections cutanées que caractérise une augmentation notable des productions élémentaires du tégument externe, telles que le pigment, le tissu corné, les éléments du tissu conjonctif, etc. Hebra a exposé lui-même ce qui concerne les anomalies du pigment et les kératoses (productions cornées de la peau, ichthyose) ; mais ensuite il cède la plume à son élève de prédilection, son collaborateur et son allié de famille, le Dr KAPOSI, agrégé à l'Université de Vienne, bien connu en dermatologie par des publications importantes, sous le nom de Moriz Kohn.

Avec M. Kaposi, toutes les notions histologiques que comporte l'étude des maladies de la peau sont mises à profit et constituent l'enseignement le plus parfait qu'on puisse souhaiter sur ce sujet. Le lecteur nous saura gré, nous n'en doutons pas, de lui recommander les chapitres qui ont trait dans cette section des *hypertrophies*, à la *plique polonaise* et à l'*éléphantiasis des Arabes*. Mais c'est surtout à propos des généralitées sur les *néoplasies* que s'inspirant des doctrines de Virchow, le Dr Kaposi trace un tableau fort net des manifestations morbides, les unes bénignes ou peu nuisibles dans leur développement par rapport à l'ensemble de l'organisme, les autres au contraire trahissant leur nature maligne par une marche envahissante et par

leur action délétère sur toute l'économie. Les néoplasies du tissu conjonctif (kéloïde, cicatrices, molluscum fibreux, lupus érythémateux, lupus vulgaire) composent la VIIIe classe du *Traité* ; dans les néoplasies malignes (IXe classe) se rangent la lèpre, qui a fourni à l'auteur l'occasion d'une étude synthétique et complète, les carcinomes, le sarcome mécanique, affection pigmentaire rarement décrite, et dont cinq observations originales éclairent le classement.

Nous en dirons autant des ulcères cutanés (X^e classe), que M. Kaposi considère comme étant le produit direct d'un processus pathologique dans le tissu cutané même. L'anatomie histologique de l'ulcère, le traitement des ulcères rebelles, étendus et liés à une nécrose profonde des tissus, par le bain continu, méthode que préconise Hebra, au nom d'une longue expérience à l'hôpital général de Vienne, méritent également d'être signalé à l'attention des praticiens. Quant aux ulcères provenant d'inflammation spécifique, ulcères syphilitiques, soit se développant au lieu et place de l'inoculation et pour ce motif appelées *idiopathiques*, soit symptomatiques de l'infection syphilitique, ils sont suivis dans toutes leurs phases avec une rigoureuse sagacité. Toutefois, sans qu'on en connaisse la raison, il n'entrait pas dans le plan de l'auteur d'aborder les questions de traitement, notamment pour les chancres, et M. Doyon a dû combler cette grave lacune par une des notes substantielles, dont nous avons souvent bénéficié au courant de sa traduction, et qui dans ce second volume, ainsi que dans le précédent, s'harmonisent judicieusement avec l'ensemble de l'ouvrage.

Les affections nerveuses de la peau tiennent peu de place dans l'ouvrage que nous analysons. En revanche, on doit savoir gré à l'auteur du soin tout particulier qu'il a apporté à l'étude des dermatoses parasitaires (XIIe classe). Au début des généralités concernant les parasites végé-

taux, il fait un historique très-circonstancié des recherches poursuivies depuis une époque relativement peu éloignée sur ces productions morbides, mais auxquelles ont concouru de nombreux et savants observateurs. L'impartialité la plus louable préside à l'exposé des découvertes acquises sur ce sujet, tant en France qu'en Allemagne, et dont la pathologie des maladies de la peau s'est successivement enrichie. D'ailleurs, à l'exemple d'Hebra, qui, à propos de la classe des parasites, avait été obligé de se désintéresser du point de départ fondamental de la classification anatomo-physiologique, M. Kaposi envisage et traite les champignons de la peau comme des organismes spéciaux, appartenant rigoureusement à des formes également individuelles d'affections cutanées. C'est dans ce sens éminemment pratique qu'il étudie, dans deux chapitres successifs, les diverses *dermatomycoses*.

La dénomination de *mycosis*, avec les appellations correspondantes, comme *dermatomycosis*, *onychomycosis*, etc., attribuée par Virchow aux maladies que causent les parasites végétaux, a reçu la sanction d'Hebra et de Kaposi. Tout en rendant hommage à la grande expérience et au talent d'observation que Bazin a mis au service de l'histoire naturelle et surtout clinique des dermatophytes, Kaposi restreint la description *ex professo* des affections cutanées parasitaires à trois formes principales, savoir : 1° le *favus*, teigne faveuse, avec le champignon achorion (Schönlein); 2° l'*herpès tonsurant*, avec le champignon tricophyton tonsurans (Malmsten); 3° le *pityriasis versicolor*, avec le champignon microsporon furfur (Eichstedt). Des notices spéciales sont consacrées à chacune de ces affections et s'étendent longuement sur les conditions d'étiologie, de symptomatologie, de diagnostic, pronostic et traitement qu'elles comportent; l'examen microscopique des éléments parasitaires en fixe l'anatomie, à l'aide de figures exécu-

tées d'après les dessins authentiques, et, la plupart, d'après les préparations de l'auteur. Forcé de nous limiter dans une analyse sommaire, nous renvoyons le lecteur à la discussion qui regarde la nature de l'*herpès tonsurant,* entre autres objets dignes de frapper son attention. Enfin, un appendice sur l'identité des *dermatomycoses* précise en termes explicites les conclusions auxquelles l'étude clinique a conduit l'école de Vienne, représentée par Kaposi et son maître éminent. Pour eux, c'est agir sagement que de considérer le *favus*, l'*herpès tonsurant* et le *pityriasis versicolor*, comme des processus morbides différents. M. Kaposi émet la même critique sur d'autres mycoses qu'on a voulu rapprocher des précédentes.

Les maladies occasionnées par les parasites animaux ne donnant lieu à aucun dissentiment, on consultera toutefois avec fruit leur histoire naturelle dans la dernière partie du *Traité*, ainsi que l'étude des changements pathologiques qu'ils déterminent directement ou indirectement sur la peau de l'homme. Déjà Hebra, au courant du premier volume, avait placé le processus scabiéique parmi les eczémas, et, à ce titre, il donnait une description complète de la gale, jointe à l'histoire naturelle des acares. Kaposi complète ces aperçus par de nombreux dessins et des commentaires pratiques.

Aux dermatozoaires succèdent, comme de juste, les *épizoaires*, et la maladie appelée *phthiriase* n'est pas sans présenter un certain intérêt dans ce chapitre.

Ce que nous disions naguère lorsque M. Doyon nous initiait par sa traduction à l'œuvre d'Hebra, nous le répéterons, sans crainte d'être contredit, maintenant que le *Traité* entier a pris rang dans nos bibliothèques, la nosographie de la peau entre en possession d'un véritable monument, et grâce en soit rendue à l'entreprise si vaillamment menée à bien par le traducteur de ce grand et méritant ouvrage.

E. Le Bret.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur un point de la thérapeutique du coryza, par Louis Jullien.

« Dans le cours du coryza et de l'angine syphilitique, et surtout pour prévenir et combattre l'ozène, on doit prescrire de fréquentes ablutions des voies pharyngo-nasales ; mais l'indication serait le plus souvent bien mal remplie si le médecin n'indiquait pas clairement au malade le *modus agendi* propre à la réaliser. Remplir le creux de la main avec la solution voulue, la porter ainsi au contact des narines, et l'y faire pénétrer par aspiration : tel est le moyen préconisé par tous les auteurs. Je n'hésite pas à le déclarer absolument insuffisant, d'abord parce qu'il n'est pas très-facile de l'exécuter ; beaucoup de malades étant inhabiles à faire entrer le liquide dans les narines pendant l'inspiration, et ce qui en pénètre ainsi étant illusoire ; en second lieu, parce que la partie de l'organe ainsi irriguée est fatalement restreinte. Voici comment je conseille de procéder à cette opération : c'est dans une *éponge* bien imbibée que le malade place l'orifice des narines, et qu'il aspire. Cette modification facilite énormément la manœuvre, et l'ascension du liquide se fait d'autant plus aisément, qu'il est mélangé à une petite quantité d'air. Mais si la tête du malade reste dans la même position, comme le liquide pénètre dans les narines avec une direction oblique représentée à peu près par une ligne tombant à 45 degrés sur le plan du front, il est facile de comprendre que toute la

partie antérieure des fosses nasales restera en dehors de son action ; aussi est-il indispensable de varier cette position, et d'exécuter l'*ablution nasale en trois temps* (Thomas et Bamboldt.) Dans le premier, le front doit être horizontal, et le liquide baigne tout le tiers antérieur de l'organe ; dans le deuxième, le front étant incliné à 45 degrés, c'est le tiers moyen qui est irrigué ; enfin, pour le tiers postérieur, il suffit de tenir la tête droite, le plan du front étant vertical; dans ce dernier temps, le liquide s'écoule dans le pharynx. J'appelle toute l'attention sur ces modifications bien insignifiantes en apparence, mais qui ont, je crois, une réelle importance pratique. Que de fois n'ai-je pas vu des syphilitiques atteints d'ozène s'épuiser en inutiles efforts pour débarrasser les méandres nasaux des produits infects que la stagnation y accumule ! Qu'ils procèdent méthodiquement et les résultats seront différents. »

Emploi de l'acide chromique dans les affections syphilitiques de la bouche et de la muqueuse du larynx, par Pospelow.

L'auteur recommande l'acide chromique comme le plus puissant des topiques contre les accidents syphilitiques superficiels ; suivant lui, les exfoliations épithéliales (?) qui accompagnent les plaques opalines sont très-promptement et complétement modifiées par cet agent, qui n'est certes pas un nouveau venu dans la thérapeutique, mais qui n'est pas suffisamment employé aujourd'hui, et laissera bien loin derrière lui comme efficacité le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre et la glycérine iodée. La solution que préconise Pospelow est de 1 gramme d'acide sur 40 d'eau

distillée, pour la cavité buccale, et de 1 gramme sur 80 grammes d'eau pour le larynx.

Nul ne conteste les propriétés de l'acide chromique, et il est bien possible qu'il l'emporte sur le nitrate d'argent et la solution iodée de glycérine. Mais l'emporte-t-il sur le nitrate acide de mercure ? C'est ce que l'auteur ne dit pas, et c'est ce qui nous paraît fort improbable. Il est certain en effet que ce dernier topique est héroïque contre les accidents secondaires de la bouche, et que le nitrate d'argent ne saurait que difficilement lui être comparé. On a, il est vrai, reproché deux inconvénients au nitrate d'hydrargyre, la douleur vive et le gonflement consécutif ; mais le premier nous semble avoir été singulièrement exagéré, c'est du moins ce que nous apprend l'usage journalier que nous en faisons sur des malades qui ne brillent pas toujours par le courage. On peut, du reste, recourir au procédé des cautérisations partielles. Quant au second, on s'en garantira en ne touchant que très-légèrement les parties ; il suffit, en effet, de les effleurer. Un autre reproche fait à cet agent vient de l'imprudence avec laquelle on en use quelquefois. En effet, on ne saurait user de trop de précautions dans le maniement de ce caustique. Quelques personnes ont la déplorable habitude de se servir à cet effet d'un agitateur qu'elles plongent dans la solution caustique, sans comprendre quels dangers elles feraient courir à leurs malades si elles en laissaient tomber une quantité, si petite qu'elle fût, dans les voies aériennes ; c'est sans doute pour s'être départi de la prudence nécessaire en pareil cas, qu'un médecin a eu récemment à déplorer la mort subite, dans son cabinet, d'un syphilitique chez lequel une goutte de nitrate acide tombant sur la muqueuse laryngienne, détermina un spasme de la glotte suivi d'asphyxie. On évitera tout danger en substituant à l'agitateur en verre une petite baguette de bois blanc,

comme une allumette, par exemple. Encore faut-il avoir bien soin de l'essuyer après l'avoir trempée dans la solution voulue, car on peut être sûr qu'elle emporterait toujours trop de caustique, ce seul contact du bois imbibé suffisant toujours, dans tous les cas, à modifier les parties malades. On doit toujours aussi avant l'opération, engager le malade à dessécher la muqueuse et à avaler sa salive, celle-ci pouvant en se mélangeant au caustique tomber dans les voies aériennes et donner lieu à des accidents.

Donc, jusqu'à nouvel ordre, nous voyons que le nitrate acide de mercure employé avec toute la prudence voulue, restera le modificateur par excellence de ces accidents superficiels produits par la syphilis secondaire.

Mais ce n'est point à dire que l'acide chromique n'ait point sa place marquée dans la thérapeutique spéciale. Nous opinons seulement que cet agent doit être réservé pour des cas où l'on a besoin de produire en peu de temps une astriction d'une grande puissance sur des tissus infiltrés, et une sorte de dégorgement. Les manifestations tertiaires de la syphilis sur le larynx offrent souvent de semblables occasions. En voici un exemple que j'emprunte à l'excellente thèse de Victor Masson (1875) sur les accidents asphyxiques dans les laryngites syphilitiques.

« A la fin de 1871, une femme se présente à la consultation du bureau central, M. Isambert constate un œdème de la glotte avec dyspnée énorme ; après avoir touché les parties œdématiées avec l'acide chromique, il envoie immédiatement cette femme dans son service à la Charité, recommandant à son interne de ne faire la trachéotomie qu'à la dernière extrémité, et de renouveler les cautérisations à l'acide chromique. La malade fut en effet cautérisée une fois pendant la nuit et le lendemain deux fois. La marche des accidents fut enrayée, et la dyspnée devint moins intense.

On put alors reconnaître la nature syphilitique des lésions et instituer un traitement approprié qui amena, en peu de temps, une guérison complète sans opération. »

LOUIS JULLIEN.

LE TAYUYA CONTRE LA SCROFULE ET LA SYPHILIS, par le Dr CERASI.

Le tayuya est une cucurbitacée (*dermopylla pendulina*) qui croît à l'état sauvage dans les lieux pierreux et les forêts du Brésil; les indigènes l'emploient pour combattre la syphilis. Toutes ses parties ont une saveur amère, une action purgative et résolutive, et agissent spécialement sur le système lymphatique. C'est la racine macérée dans l'alcool qui fournit une *teinture mère*, laquelle, additionnée de 3 parties d'alcool, donne la *teinture diluée*, employée le plus habituellement à la dose de 2 à 20 gouttes par jour, quantité que l'on peut doubler ou même tripler. On n'a pu jusqu'à présent isoler l'alcaloïde du tayuya.

L'auteur rapporte une première observation de syphilis secondaire, à forme maculo-papuleuse avec pléiades inguinales, sous-maxillaires et axillaires. Le sujet, âgé de 20 ans, souffrait d'une anémie profonde et de dyspepsie, état qui empêchait de prescrire les préparations mercurielles. Après 6 jours d'emploi de 18 gouttes de la teinture diluée, l'appétit revint, le malade put se nourrir de viandes rôties, d'œufs et de fromage et vit renaître ses forces. Huit jours à 24 gouttes et huit autres à 30 gouttes suffirent à rétablir complètement le malade.

Une seconde observation a trait à des accidents scrofuleux : eczéma du cuir chevelu, conjonctivite chronique, gonflement des ailes du nez et de la lèvre supérieure, chez une enfant de 10 ans. Soumise à l'usage de la teinture, dont

la dose fut progressivement portée de 6 à 22 gouttes, à boire dans le courant de la journée dans un véhicule gommeux; l'enfant, après 36 jours de traitement, vit peu à peu disparaître toutes ses manifestations scrofuleuses et fut remmenée par ses parents; la guérison s'est maintenue. Divers praticiens de Rome ont employé le tayuya, également par la voie de l'estomac et à la dose moyenne de 30 gouttes par jour, dans des cas d'ulcères tuberculeux syphilitiques (prof. Manassei), ou de syphilides secondaires (Francati, Baldassari) et dans des cas de scrofule (Laurenzi, Chiricozzi). Il n'existe cependant pas encore de statistique assez étendue, pour juger de la valeur réelle du tayuya soit comme antisyphilitique soit comme antiscrofuleux. L'auteur se contente de conclure qu'il n'apporte aucun trouble dans le tube digestif, qu'il est facilement assimilé, et qu'il améliore toujours l'expression des diathèses syphilitique et scrofuleuse, au moins comme stimulant général. (*Gazz. med. di Roma.*)

Du panaris syphilitique, par le Dr Ruggero Galassi.

Le Dr R. Galassi, ayant eu l'occasion d'observer un panaris syphilitique développé à la main droite d'une femme, consacre un article très-intéressant à cette affection, qui est une des lésions des mains les plus communes de la syphilis tertiaire, et dont jusqu'ici peu de syphiliographes se sont occupés.

Lucie S..., âgée de 45 ans, est née à Sainte-Agathe (province de Bologne), et exerce la profession de couturière. Son père a succombé à une maladie consomptive, et sa mère pendant un accès d'épilepsie; les six frères de la malade sont tous vivants et en bonne santé. Pendant que sa mère la nourrissait encore, celle-ci fut, paraît-il, atteinte

d'une hyperplasie glandulaire ; divers ganglions lymphatiques du cou suppurèrent, et deux durent même être extraits.

Divers remèdes furent administrés à la mère, mais sans influence sur l'enfant, si bien qu'à trois ou quatre ans elle avait une excellente santé, qu'elle conserva jusqu'à trente-deux ans sans éprouver la plus petite indisposition. A trente-deux ans elle se maria et s'aperçut, dès le premier jour, que son mari était porteur d'une uréthrite blennorrhagique subaiguë et de papules muqueuses ulcérées à la face interne du prépuce. Elle ne se doutait pas de l'importance de pareilles lésions, et son mari, sans égard pour la santé de sa femme, accomplit le coït.

Après 48 heures environ, Lucie S... éprouva un vif prurit aux parties génitales externes, une sensation de pesanteur à la région hypogastrique, de la cuisson et du ténesme en urinant; les grandes lèvres s'œdématièrent et triplèrent de volume. Pensant que cet état résultait de rapprochements trop souvent répétés, elle s'abstint du coït, garda le lit, fit des fomentations tièdes avec une décoction de mauve, but de la tisane émolliente et ne prit que deux ou trois potages gras. Cette thérapeutique eut de bons résultats; mais 15 jours après elle s'aperçut de l'existence d'une légère ulcération au haut de la grande lèvre droite. Elle crut qu'elle était due au frottement des linges dont elle se servait pour s'essuyer et n'y fit pas beaucoup d'attention.

L'ulcération allait pourtant grandissant, sécrétait un peu de pus et donnait, au doigt, la sensation d'une petite induration. La malade eut recours à un médecin qui prescrivit des décoctions et de l'eau pour laver l'ulcération. A l'intérieur on administra de la poudre de calomel et du baume de copahu. La violence du mal ne se calmait cependant pas et, de plus, il survint aux deux aines une hyperplasie glandulaire très-manifeste, dure, résistante et complète-

ment indolente. Elle garda le lit depuis le mois de janvier (époque du mariage) jusqu'au mois de mars. Elle s'aperçut alors qu'elle était enecinte. Pendant la période de la gestation l'écoulement diminua, ainsi que le reste de l'inflammation ; les eheveux commencèrent pourtant à tomber, et en juillet l'alopéeie était complète ; la bouehe devint douloureuse, la déglutition diffieile, puis presque impossible, et l'angine atteint un tel degré que la malade ne pouvait plus parler.

En décembre, elle accoucha à terme et sans accidents d'un enfant mâle qui ne véeut que 18 jours. Il avait des ulcérations dans la bouche qui l'empêehaient de teter, des taehes brunes sur le thorax, le dos et les cuisses, la voix était enrouée, la physionomie sénile.

Lucie S... croyait que l'aeeouchement devait mettre fin à ses souffranees ; mais il survint alors, au contraire, une éruption papuleuse sur tout le corps. Elle fut traitée par des pilules de proto-iodure de mereure dont l'effet spéeifique fut tel, que 60 jours après, elle se eroyait complétement guérie. Quelque temps après elle fut de nouveau enceinte ; la grossesse se passa sans trouble et elle aeeoucha heureusement à terme. Cette fois l'enfant vécut 15 mois, mais fut maladif pendant tout ce temps ; quelques jours après la naissanee il fut atteint d'une éruption eonfluente de petites papules de couleur rouge obscur, qui s'ulcérèrent peu à peu et eouvrirent de mille plaies ee pauvre petit eorps. L'enfant perdit tout repos et sueeomba, 15 jours après, dans un aeeès de convulsions épileptiformes.

Il y avait, à eette époque, 4 ans que Lucie S... s'était mariée ; elle s'aperçut alors de la présenee, à la région externe du bras droit, au tiers moyen environ, de petites protubéranees qui formaient de petites plaques de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Ces protubérances étaient du volume d'un petit pois, indolentes, d'un rouge obseur, re-

couvertes d'une légère desquamation; puis, peu à peu elles s'ulcérèrent. La plaque alla grandissant, suivant une marche centrifuge et conservant toujours une forme arrondie ou en fer à cheval. La malade eut alors recours au professeur Gamberini, qui diagnostiqua un *lupus tuberculeux, serpigineux, syphilitique*, et lui prescrivit un traitement mixte, c'est-à-dire de l'iodure de sodium et du biiodure de mercure. Pour une cause ou pour une autre, la malade fit ce traitement très-irrégulièrement et le lupus gagna l'épaule, le cou, la face; c'est alors seulement qu'elle entra dans le service des maladies vénériennes dirigé par le professeur Gamberini.

Celui-ci confirma le premier diagnostic et prescrivit la liqueur de Donovan à doses croissantes, les bains de vapeur et des applications locales d'une pommade composée de précipité rouge, de baume du Pérou et d'axonge.

Cette médication lui fut très-utile, mais après 2 mois elle voulut sortir de l'hôpital, très-améliorée mais non guérie. C'était en 1867. En 1868 le lupus subit une nouvelle exacerbation, et sur les cicatrices se développèrent de nouveaux tubercules; on revint au traitement précédent et une nouvelle amélioration fut rapidement obtenue. En 1869 le même fait se renouvela; elle fut de nouveau reçue et traitée comme auparavant. En 1873, nouvelle répétition du lupus, mais cette fois il s'étendit davantage et envahit les bras, les avant-bras, le dos des mains, les épaules, le thorax, le cou et la face. Le même traitement fut encore très-utile, mais à peine la malade en ressentit-elle les effets bienfaisants qu'elle sortit de l'hôpital pour reprendre son métier de couturière.

Elle eut à cette époque une nouvelle alopécie, qui pourtant ne fut pas aussi complète que la première.

En décembre 1874 elle s'aperçut que le doigt médius de la main droite grossissait, devenait douloureux et ne pou-

vait se plier qu'avec difficulté. Peu après ces accidents se dissipèrent petit à petit, et elle put reprendre ses travaux. Dans les premiers jours d'avril de la même année les mêmes phénomènes reparurent : le doigt médius recommença de grossir et prit la forme d'un cône dont la base était formée par la première phalange atteignant trois fois le volume normal ; la tuméfaction allait diminuant graduellement dans la seconde et la phalangette était parfaitement saine. Les mêmes accidents se montrèrent aux métacarpiens correspondant à l'annulaire et au petit doigt, de sorte que la main était déformée et présentait des bosselures anormales ; la peau était distendue, violacée, riche en petits vaisseaux variqueux, de consistance élastique, sans fluctuation ; la pression ne produisait pas de douleur ou du moins ne faisait qu'augmenter cette sensation d'endolorissement qui accompagne toujours de pareilles lésions. Les mouvements étaient empêchés.

Le professeur Gamberini diagnostiqua un panaris syphilitique et prescrivit de l'iodure de sodium à doses croissantes et du biiodure de mercure à doses fixes. Ce traitement eut d'excellents résultats et après quelques jours, deux semaines environ, la tension commença à diminuer, la peau perdit l'aspect luisant, se rida ; la teinte violacée uniforme se modifia ; les mouvements, bien que très-limités, furent de nouveau possibles. Cette amélioration s'accentua peu à peu, et le 21 la malade sortit de l'hôpital en parfait état de santé.

Il résulte de cette observation que la dactilite syphilitique, affection morbide appartenant à la syphilis tertiaire, se serait, dans ce cas, présentée 13 ans après l'infection primitive. L'auteur attache à ce fait une grande importance pour le diagnostic différentiel, dans le cas où on hésiterait entre la spina-ventosa et le panaris syphilitique.

Il faut tenir compte que les ostéites scrofuleuses ont tou-

jours une marche chronique et sont accompagnées ou précédées d'autres symptômes de cette diathèse. En outre, cette affection atteint surtout les enfants et, en général, avant la cinquième année de la vie. Le panaris syphilitique, au contraire, se développe toujours chez les adultes, est constamment précédé des symptômes de la syphilis secondaire ou tertiaire, dont elle est un accident tardif, et n'a pas toujours son siége dans les os. Selon Billroth, au contraire, la spina-ventosa est toujours une affection des os, due à une prolifération inflammatoire de la moelle avec expansion secondaire de la substance compacte, laquelle n'est souvent constituée que par des couches pariétales de tissu élastique, incomplétement ossifiées ; les suppurations centrales ou périphériques sont le plus souvent insignifiantes et les mortifications étendues très-rares.

Dans le panaris syphilitique, les divers tissus qui entrent dans la composition des doigts peuvent être attaqués simultanément ou isolément, et l'on peut avoir, par exemple, une dactilite gommeuse du tissu sous-cutané sans que l'os ait subi la moindre lésion.

En effet, Van Oordt, dans la quatrième observation de sa thèse, parle d'une gomme développée dans le tendon du doigt médius ; par conséquent, le tendon, la synoviale et la gaîne fibreuse du tendon constituaient le panaris, tandis que l'os était parfaitement intact. Il arrive plus souvent cependant que tous les tissus sont atteints par la syphilis tertiaire, et le syphiliographe est embarrassé lorsqu'il veut établir quel a été le point de départ du processus morbide. Les cas cités par Nélaton, Bergh, Crendy et A. Taylor prouvent la vérité de cette assertion. Ces auteurs décrivent, en effet, quelques cas de panaris gommeux syphilitiques sans pouvoir établir si l'os a été primitivement ou secondairement atteint.

A. Taylor étudia ces divers cas et divise cette affection

en deux classes : 1° l'altération occupe le tissu connectif sous-cutané et les tissus fibreux des articulations ; 2° le processus morbide part du périoste et de l'os et envahit secondairement les articulations. Un fait digne de remarque, c'est qu'on ne voit jamais l'onyxis syphilitique compliquer le panaris.

Généralement mieux circonscrit que le panaris sous-cutané, celui qui siége au-dessous du périoste peut produire un engorgement analogue à celui qui est la conséquence de la spina-ventosa. Dans les cas rapportés par Bergh et Crendy il existait une tuméfaction fusiforme ; par un trajet fistuleux on arrivait jusqu'à la moelle de l'os, et l'altération ressemblait à la carie centrale de l'ostéite scrofuleuse ou spina-ventosa ; mais les malades étaient adultes, syphilitiques ; le traitement spécifique amena rapidement de l'amélioration, puis la guérison, et la difformité fut moins importante que celle qui résulte de la spina-ventosa.

Le panaris syphilitique pourrait être confondu avec d'autres maladies, l'arthrite goutteuse, par exemple, ou le panaris non spécifique, mais ce qui l'en distingue c'est l'absence de douleur, une évolution lente et une durée toujours longue quand le traitement spécifique n'intervient pas. L'auteur établit ensuite le diagnostic différentiel entre l'affection qui l'occupe et le rhumatisme chronique d'une part, l'enchondrome d'autre part.

Revenant ensuite aux caractères différentiels qui existent entre l'ostéite scrofuleuse et le panaris syphilitique, il signale spécialement les trajets fistuleux qui se forment de bonne heure dans la première et donnent passage à un pus séreux mélangé de flocons caséeux. Baumler, dans son remarquable traité sur la syphilis, décrit ainsi le panaris syphilitique : Une affection morbide qui se développe graduellement sur une phalange, sous l'aspect d'une tumeur noueuse et arrondie ; la peau rougit et se perfore en un ou plusieurs

points : il s'écoule alors un liquide gommoïde mélangé quelquefois de flocons caséeux blanchâtres. Ce fait, donné par cet auteur comme typique et caractéristique, est, au contraire, exceptionnel ; il est, en effet, signalé comme tel par Van Oordt, qui s'est depuis longtemps occupé du panaris. Bergh, Morgan, Lücke et Lancereaux sont du même avis. On peut donc regarder comme inexacte l'assertion de Baumler, et les trajets fistuleux comme étant propres à l'ostéite scrofuleuse.

Le pronostic du panaris syphilitique est grave pour ce qui est des difformités qui peuvent en résulter, et parce que, si le diagnostic n'est pas bien établi dès le commencement, on n'a pas recours au traitement spécifique. C'est dans ce cas que peuvent se produire des déformations capables de nuire au fonctionnement des doigts; un cas plus grave serait celui où la chirurgie interviendrait pour pratiquer une opération ou inutile ou dangereuse. (*Giornale italiano della mal. ven. e della pelle.*)

Dr Guichard de Choisity.

De l'emploi de l'arnica contre les éruptions furonculaires, par le Dr Planat, de Nice.

C'est en étudiant le mode d'action de l'arnica dans les traumatismes, que le Dr Planat reconnut son influence sur les vaso-constricteurs ; il eut alors l'idée de l'appliquer dans tous les cas d'inflammation superficielle aiguë, tels que furoncles, angines, érysipèles, etc.

De toutes ces expérimentations, il en est résulté ce fait que l'arnica jugule toute éruption furonculaire avec une promptitude extraordinaire. Il fait toutefois une réserve à propos du furoncle diabétique et de l'anthrax.

Afin de rendre son action plus énergique sur les petits vaisseaux, le Dr Planat applique directement l'arnica sur les points phlogosés sous forme d'onctions dont la formule est la suivante :

Extrait de fleurs fraîches d'arnica.	10 grammes.
Miel..........................	20 —

Si ce mélange est un peu trop liquide on l'additionnera de poudre de lycopode ou d'althœa, de façon à obtenir une pâte assez consistante mais suffisamment adhésive.

On étend cette pâte dans une certaine épaisseur sur un morceau de toile cirée ou de diachylon que l'on applique sur le furoncle. On renouvelle ce pansement toutes les 24 heures. Deux ou trois applications suffisent en général pour faire avorter un furoncle à n'importe quelle période de son évolution.

Dans les mêmes cas, l'auteur recommande aussi d'administrer la teinture d'arnica à la dose de 25 à 30 gouttes dans une potion à prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures. Cependant les applications directes paraissent avoir une efficacité plus prompte. (*Journal de thérapeutique*, 1878, n° 2.)

Hypertrophie exulcérative syphilitique du col. — M. le Dr Aimé Martin, médecin de Saint-Lazare, appelle l'attention des syphiligraphes sur une lésion particulière du col, à peine entrevue par Witehead, et dont il résume la description dans les conclusions suivantes :

1° A la période secondaire de la syphilis, chez la femme, le col de l'utérus devient dans un très-grand nombre de cas (environ 48 fois sur 100) le siége d'une lésion carac-

térisée d'abord par de l'hypertrophie, ensuite par une exulcération;

2° Lorsque l'affection est arrivée à sa période d'état, le col est notablement augmenté de diamètre, la muqueuse est violacée, les tissus ont un aspect turgide. L'exulcération qui occupe le plus souvent les deux lèvres (plus rarement une seule) est lisse (ou granulée dans quelques cas rares), comme vernissée. Cette exulcération suppure peu, elle est tout à fait superficielle, n'atteint ni les papilles ni les follicules; c'est une simple desquamation de l'épithélium;

3° L'hypertrophie exulcérative syphilitique du col n'est jamais compliquée de symptômes inflammatoires ni de troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien;

4° Elle apparaît, en moyenne, le 58e jour après le début de l'accident primitif;

5° Son apparition est quelquefois précédée d'accès de fièvre syphilitique;

6° Elle coexiste fréquemment avec l'hypertrophie secondaire des amygdales avec laquelle elle offre la plus grande analogie. Cette concomitance a été observée 31 fois sur 47;

7° Cette lésion, à sa période d'état, est contagieuse;

8° Elle n'est pas inoculable à la malade qui en est atteinte;

9° Elle disparaît en quatre ou cinq semaines, sous l'influence du traitement général spécifique. Le traitement local n'a qu'une importance secondaire et n'a aucune action si la médication générale ne lui est pas associée. (*Annales de gynécologie.*)

Du leptothrix buccalis, par le Dr V. Ubisch.

Ce parasite, dont l'importance a été méconnue, peut devenir la cause de troubles sérieux dans la déglutition, la phonation, la digestion, comme le démontre l'observation d'un cas observé par le professeur Lewin, cas dans lequel un simple traitement désinfectant local vint à bout d'accidents qui avaient résisté avec opiniâtreté à diverses médications internes.

M. N.., âgé de 30 et quelques années, homme vigoureux et bien constitué, avait, dans les dix dernières années, beaucoup souffert des dents et s'était fait arracher toutes les molaires sauf une ; il y a quatre ans, sa langue a commencé à enfler légèrement, mais sans être gênée dans ses mouvements; ceux-ci ne sont devenus difficiles que depuis trois mois ; la contraction des muscles exige un certain effort et cesse lentement ; la déglutition est difficile, la voix altérée ; la langue est recouverte d'un enduit, que les médecins ont considéré comme l'indice, les uns d'une affection de l'estomac, les autres d'un catarrhe gastrique avec complications du côté du foie ; mais le malade a bon appétit et digère bien, le goût est normal, fin même, quoique les mets épicés soient préférés aux autres; les selles sont régulières, quelquefois un peu diarrhéiques ; le malade est grand fumeur.

La langue est un peu volumineuse ; ses bords portent l'empreinte des dents ; elle paraît enflée et un peu dure ; sa surface est recouverte d'un enduit luisant, laiteux, qui masque les papilles ; l'enduit existe aussi à la face inférieure de l'organe.

A l'examen microscopique de cet enduit, on y reconnaît deux couches ; la couche supérieure est composée de

corpuscules muqueux, de cellules épithéliales et de filaments parasitaires très-fins et transparents, doués d'un pouvoir réfringent considérable; ils ne sont ni ramifiés, ni articulés ; ils sont les uns linéaires, les autres contournés en spirale et se réunissent en gerbes, serrés les uns contre les autres, surtout autour des extrémités papillaires.

La seconde couche se compose d'une masse à grains fins, dont le leptothrix paraît former la base ; il se groupe autour des papilles, s'accole aux grosses cellules épithéliales, qui prennent un aspect grenu. Les filaments paraissent plus gros que ceux de la couche supérieure et sont, à certains endroits, striés en travers; on voit aussi, mais en petit nombre, des chaînes très-régulières de leptothrix, qui siégent également sur les cellules et les papilles, elle résistent mieux à la pression que les filaments qui sont très-cassants et se brisent au moindre effort sur le couvre-objet ; de là le grand nombre de filaments brisés qui pourraient être confondus avec des bactéries, mais qui n'ont pas le renflement terminal un peu foncé, qui caractérise les bactéries.

La médication parasiticide fut seule employée : friction sur la langue avec une solution d'acide phénique (3 0/0) et collutoires phéniqués ; l'enduit disparut au bout de quelques jours ; mais la langue resta dure en certains endroits ; le malade fut guéri en quatre semaines.

Le leptothrix n'est donc pas toujours, comme on l'a cru jusqu'à présent, un épiphyte, mais peut aussi devenir un entophyte, se nourrissant aux dépens de l'organisme vivant et non aux dépens de ses déchets; il y a d'ailleurs encore d'autres entophytes qui pénètrent dans l'intérieur même des cellules ; ils ne peuvent se développer qu'à la faveur d'une certaine diminution dans la vitalité, le renouvellement et la résistance des muqueuses, conditions qui se réalisent à la suite de catarrhes chroniques ou d'affections graves. Une

fois que le parasite a acquis droit de domicile, il prend dans les éléments voisins ceux qui lui conviennent; ses spores et surtout ses filaments, pénètrent dans l'épithélium, qui se crevasse, se soulève par places et est bientôt étreint par des masses parasitaires considérables. (*Berliner klinische Wochenschrift.*)

De l'érythème exsudatif, par le professeur Lewin de Berlin.

L'érythème exsudatif est une névrose vaso-motrice. Son développement comporte plusieurs phases : Au début, après quelques prodromes ou sans prodromes, se développent des taches rouges symétriques par rapport à l'axe du corps, avec infiltration du tissu cellulaire sous-jacent. Les régions où des surfaces osseuses légèrement convexes ne sont séparées de la peau que par des couches musculaires minces, sont leur siége de prédilection: le dos du pied, de la main, la partie antérieure de la jambe, le front; mais la maladie peut envahir tout le corps. L'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané peut affecter diverses formes; de là, la division en érythème noueux, papuleux, tuberculeux.

Les taches subissent diverses métamorphoses : le centre est rosé et dû à une hypérémie artérielle localisée; la périphérie est d'un rouge bleuâtre, coloration produite par la stase veineuse; autour de la tache, il y a un peu d'œdème coloré en jaune pâle. Nous avons ainsi les formes marginées, annulaires et iris.

La plupart du temps, la maladie guérit spontanément, en quelques semaines; elle passe quelquefois à l'état chronique et dure plus longtemps. Elle atteint de préférence les jeunes sujets, plus souvent les femmes que les hommes.

L'érythème peut être confondu avec d'autres maladies; avec la périostite syphilitique, quand il siége sur le tibia, avec le psoriasis, quand il y a desquamation.

La maladie est le plus souvent légère; mais dans certains cas, il survient de la fièvre, (la température peut monter jusqu'à 41°) et diverses complications :

1° Des douleurs rhumatoïdes et des éruptions pustuleuses sur les parties érythémateuses; la maladie ressemble à de la variole; une grande partie des cas de variole anormale des auteurs paraissent rentrer dans cette catégorie.

2° Des arthrites séreuses ou suppurées; on a alors le tableau complet du rhumatisme articulaire aigu; l'arthrite séreuse disparaît rapidement; mais l'arthrite suppurée peut se terminer par ankylose; chez une malade atteinte de catarrhe vésical virulent, nous avons trouvé une ankylose du poignet droit qui avait été précédée d'érythème noueux.

3° Des affections inflammatoires des valvules du cœur, avec destruction partielle de ces valvules; une bonne partie des cas d'endocardite valvulaire, à étiologie douteuse, peut être attribuée à de l'érythème exsudatif; j'ai vu des lésions valvulaires se développer chez trois de mes malades; chez un quatrième, l'érythème devint chronique et il se produisit une affection de la mitrale; on pourrait peut-être faire rentrer dans cette catégorie les cas d'endocardite idiopathique survenus chez des personnes qui n'avaient jamais eu d'affection aiguë. Chez une malade atteinte de syphilis des parties sexuelles, nous avons trouvé une lésion de la mitrale et des valvules aortiques; il y avait eu un exsudat érythémateux à l'avant-bras gauche, et il est probable que l'erythème avait été la cause de l'endocardite. Dans un autre cas, très-intéressant, le malade avait de l'érythème et des embolies sous-cutanées : à l'autopsie, on trouva de l'endocardite.

Dans un grand nombre de cas, chez les femmes, l'éry-

thème exsudatif paraît avoir été la conséquence directe de l'inflammation ou d'ulcérations de l'urèthre ; il y aura donc là une irritation réflexe des nerfs vasomoteurs de la peau, ayant son point de départ dans la muqueuse uréthrale ; l'érythème serait donc, chez les femmes, l'équivalent du rhumatisme blennorrhagique chez les hommes ; cette manière de voir s'appuie sur des observations cliniques et sur des observations expérimentales ; un certain nombre des femmes que j'ai traitées pour de l'érythème étaient en même temps atteintes d'inflammations blennorrhagiques de la muqueuse uréthrale, affection rare chez les femmes ; une malade atteinte d'érythème et d'uréthrite sortit guérie de mon service ; plus tard l'uréthrite revint et, avec elle, l'érythème ; une autre malade qui était également guérie, eut une violente récidive d'érythème à la suite de l'usage de la sonde uréthrale et de pommade de sabine.

Je me réserve encore d'établir plus tard que l'ophthalmie blennorrhagique n'est pas toujours due au contact direct du virus avec la conjonctive, mais qu'elle est souvent, comme l'arthrite blennorrhagique, une névrose vaso-motrice réflexe ; plusieurs de mes malades atteintes d'érythème avaient de l'ophthalmie.

L'érythème est quelquefois épidémique et dû alors comme la rougeole, la scarlatine et la variole, à un contage volatil. (*Berliner klinische Wochenschrift.*)

Traitement mécanique des affections de la peau, par le professeur H. Auspitz, de Vienne.

(Suite.)

Dans un cas de psoriasis diffus invétéré, chez un homme de 40 ans, qui avait séjourné longtemps dans les hôpitaux,

il s'est bien produit à la suite de l'emploi interne et sous-cutané du maïs altéré une diminution de la desquamation et de la rougeur, mais il survint de petites vésicules circonscrites et des pustules, qui finalement se transformèrent en pemphigus chronique très-caractérisé à grosses bulles. Le malade tomba progressivement dans un état de marasme et succomba à une pneumonie au bout de plusieurs mois. Dans ce cas, il est évident, ce que du reste je soupçonnais depuis longtemps relativement à la pathologie du pemphigus chronique, que l'on ne doit pas considérer cette affection comme un processus inflammatoire de la peau, mais comme une insuffisance par places des phénomènes de nutrition dans la couche de Malpighi. Les bulles qui, dans leur développement et dans leur aspect clinique, ne présentent aucun symptôme de fluxion congestive, ne sont pas des efflorescences inflammatoires, mais bien le résultat de la résistance incomplète de l'épiderme anormal par rapport à la pression du sang dans les vaisseaux cutanés.

PRURIGO.

Ellinger (1) prétend avoir guéri le prurigo chez de jeunes sujets à l'aide de frictions de sable. Néanmoins, comme le prurigo n'est pas généralement très-tenace chez les petits enfants, et ne prend souvent que plus tard cette forme rebelle qui s'observe chez les adultes, on ne peut pas attribuer une grande valeur aux succès de ce mode de traitement.

Dans le prurigo ordinaire, j'ai toujours trouvé qu'il y avait avantage à employer les frictions de sable comme

(1) *Wiener med. Wochenschr.*, 1876, n. 45.

auxiliaire des autres traitements (préparations de savon, de soufre et de goudron).

La peau épaissie et devenue moins sensible à la suite de grattages répétés supporte bien le sable; au bout de peu de jours, la démangeaison s'apaise et l'éruption s'affaisse.

LUPUS VULGARIS.

J'ai déjà dit que le raclage des infiltrations lupeuses de la peau a été recommandé et employé pour la première fois d'une manière restreinte en 1870, par Volkmann. Depuis lors on a publié, de différents côtés, des expériences sur ce mode de traitement : ainsi par Schede (1) qui s'est rallié à l'opinion favorable de Volkmann; par Sesemann (2) qui a rapporté un cas de guérison après un seul raclage; par Kaposi (3) un peu sceptique à l'endroit de cette méthode; par J. Neumann (4) qui convient qu'au moyen de ce procédé on abrége notablement la durée du traitement; par Hebra junior (5) qui regarde l'empêchement de la cicatrisation par le raclage du lupus comme un avantage essentiel; par Haderup qui, dans la clinique de Koning, à Copenhague, a observé quatre cas et a décrit exactement un cas de lupus de la muqueuse nasale, dans lequel, toutefois, on n'a obtenu qu'une amélioration; par Aubert (6) et Wigglesworth (7) qui ont adopté les opinions d'Hebra junior, et enfin par Bardenheuer qui a employé le raclage chez 49 individus atteints de lupus, tout en évidant les

(1) *Ueber den Gebrauch des scharfen Löffels bei der Behandlung von Geschwuren.* Halle A/S. 1872. (Broch.)

(2) *Canstatt's Jahresber.*, 1872.

(3) *Loc. citat.*

(4) Hebra und Kaposi, *Lehrb. d. Hautkrankh.*, tom. II.

(5) *Ugekrift for Laeger 3dje Roekke*, XX, 9.

(6) *Du raclage dans les maladies de la peau.* (*Lyon méd.*, 9 avril 1876.)

(7) *Loc. citat.*

petites nodosités à l'aide d'un instrument ayant la forme d'une feuille de myrte. Toutefois, il a, comme la plupart des auteurs cités ci-dessus, cru nécessaire, après le raclage, de toucher fortement avec un caustique (crayon de chlorure de zinc) et parfois même, dans les cas rebelles, de prescrire ensuite une cure de sudation (bain d'étuve). Il regarde le raclage comme étant la plus simple et la plus efficace de toutes les méthodes de traitement du lupus, et comme ayant de plus l'avantage de mettre, pendant le plus longtemps possible, à l'abri des récidives.

Pour ce qui regarde la scarification punctiforme, elle a été, ainsi que nous l'avons déjà dit, recommandée d'abord pour le lupus, par Volkmann qui l'a préconisée comme ayant une efficacité presque absolue. Depuis lors, le succès de la scarification punctiforme contre le lupus, sans être absolument contesté par la plupart des auteurs, n'a pas été considéré comme infaillible. Quelques médecins, du reste, ont fait suivre les scarifications de cautérisations ; Campana les a pratiquées avec du perchlorure de fer.

Mes expériences relativement au traitement mécanique du lupus vulgaire m'ont conduit aux conclusions suivantes :

(*A suivre.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies vénériennes, par le Dr Louis JULLIEN, 1 vol. in-8° avec 127 fig. intercalées dans le texte. Paris, chez J.-B. Baillière, 1879 ; prix : 20 francs.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (125,10-78).



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(2e Partie) (1).

Si on prend la peine de lire ces longues observations, où j'ai mis à dessein tous les détails que j'ai pu recueillir, on se rendra compte, je l'espère, des formes, des variétés, de la marche, des tendances et des terminaisons de la syphilose cérébro-spinale, lorsqu'elle survient pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Sa physionomie générale et ses localisations ne diffèrent pas beaucoup, du reste, de celles qu'on observe à des périodes plus avancées. Le complexus symptomatique est souvent diffus, difficile à démêler et à interpréter. Dans un très-grand nombre de cas, n'en sommes-nous pas réduits à des hypothèses plus ou moins probables sur le siége, l'étendue, la structure et

(1) Pour la première partie, voyez *Annales de Dermatologie*, années 1874-1875.

le processus des lésions organiques ? Et ces lésions existent-elles toujours ? Oui, sans aucun doute ; mais c'est en principe qu'il faut les admettre, car quelquefois on n'est pas parvenu à les découvrir, quoique la mort eût été produite par la seule intensité des accidents cérébro-spinaux. Que les lésions soient visibles, ou qu'elles échappent à nos investigations, il est impossible de ne pas reconnaître que l'affection névroptique émane directement du virus syphilitique, qu'elle est une conséquence immédiate de son action morbigène sur quelques-unes des parties constituantes du névraxe lui-même ou de ses enveloppes. Ici, en effet, les rapports de causalité ne sont-ils pas visibles, tangibles ? N'y a-t-il pas entre les manifestations externes de la syphilis et les lésions internes une concordance de dates telle, que leur communauté d'origine et de nature se montre avec la dernière évidence ?

Il faut bien avouer qu'il n'en est pas toujours ainsi dans ces nombreux faits de syphilose cérébro-spinale que contiennent les écrits des syphiliographes anciens ou modernes. Il s'est écoulé parfois un si long intervalle de temps entre les premiers accidents de la maladie constitutionnelle et ses déterminations tardives sur le système nerveux, que leur parenté est un problème dont la solution dans le sens affirmatif ne doit être acceptée qu'avec une grande réserve par une critique rigoureuse.

La syphilose cérébro-spinale précoce a donc l'avantage, pour le médecin, de ne lui laisser aucune incertitude dans l'esprit sur le point essentiel de la cause première ou constitutionnelle des accidents, et par suite sur la nécessité de recourir à la médication spécifique de la syphilis.

Comme richesse symptomatique, ces affections précoces du névraxe ne le cèdent point à celles qui surviennent dans

les phases ultimes de la maladie. Elles évoluent à peu près de la même façon, récidivent avec la même fréquence exposent aux mêmes dangers, et, si elles ne sont peut-être pas aussi graves à ce moment que plus tard, on voit, d'après quelques-unes de mes observations, qu'elles peuvent cependant entraîner la mort et produire des infirmités incurables.

Ces résultats sont indiscutables, puisqu'ils procèdent directement des faits. C'est ce qui m'a engagé à traiter la question de la syphilose cérébro-spinale précoce avec tous les développements qu'exige son importance. N'offre-t-elle pas, en effet, un tableau saisissant et complet de tous les désordres si multiples que peut produire la syphilis sur le système nerveux pendant toute la durée de son processus?

I.

Il est à remarquer que, parmi les déterminations viscérales de la syphilis, celles qui s'effectuent sur les centres nerveux, ont pris depuis quelques années une prédominance que ne faisaient point soupçonner les travaux des syphiliographes qui ont écrit sur la syphilis au commencement de ce siècle, et encore moins ceux des syphiliographes antérieurs.

A quoi faut-il attribuer un fait aussi considérable?

La maladie constitutionnelle a-t-elle subi, depuis son origine jusqu'à nos jours, des métamorphoses de nature à profondément modifier, dans leurs rapports respectifs, l'ordre, l'intensité, la fréquence, la topographie de ses manifestations internes et externes?

Le nervosisme qui, sous ses formes aussi multiples que bizarres, peut passer à bon droit pour une des maladies les plus propres à notre époque, est-il resté étranger au développement de la syphilose cérébro-spinale? En a-t-il,

au contraire, créé ou du moins favorisé l'opportunité par une sorte d'aptitude morbide très-facile à mettre en jeu et qui se transmet, en s'aggravant, d'une génération à une autre ?

La manière dont on traite à peu près uniformément, par des spécifiques, toutes les syphilis et tous les syphilitiques, a-t-elle eu quelque influence sur un résultat qni semble grandir, se multiplier et devenir de plus en plus redoutable chaque jour ?

Voilà bien des points d'interrogation, qui sont peut-être tout à fait inutiles. Pourquoi chercher si loin, dans des causes obscures et plus ou moins difficiles à préciser et à démêler, la raison de cette prédominance actuelle des déterminations de la syphilis sur les centres nerveux ?

Elle a sans doute, me dira-t-on, existé de tous temps, au xve, au xvie, au xviie, au xviiie siècle, aussi bien qu'au xixe. Seulement, autrefois, elle était ignorée ou méconnue, tandis que, depuis cinquante ans, le cercle de l'observation syphiliographique s'étant élargi, en même temps que la clinique serrait le sujet de plus près et l'approfondissait, on a fini par trouver le rapport de causalité qui rattache à la syphilis une multitude de névropathies organiques, dont l'origine passait pour n'avoir rien de spécifique.

Je suis loin de dédaigner la force de cet argument. Je crois trop aux progrès incessants de la médecine comme de toutes les autres sciences, pour n'être pas persuadé que nous allons plus loin que nos devanciers dans l'étude des cas pathologiques, que nous en pénétrons mieux les causes, et que notre conception de la maladie en général et des maladies constitutionnelles en particulier, est infiniment plus compréhensive, plus profonde et plus vraie que celle qui régnait, avec toutes ses vicissitudes, aux époques plu uo moins éloignées de la nôtre.

Néanmoins, il peut paraître étrange que parmi le grand nombre de médecins éminents qui ont étudié et décrit la syphilis au moment de son explosion ou peu d'années après, alors qu'elle sévissait comme une épidémie meurtrière et jetait l'épouvante dans toute l'Europe, il s'en trouve si peu qui aient signalé la syphilose cérébro-spinale.

Ainsi, il faut arriver jusqu'au commencement du XVIIIe siècle pour rencontrer quelques notions à peu près certaines sur les désordres que la syphilis produit du côté des centres nerveux. Dans le XVIe siècle, Ulrich de Hutten est le premier et peut-être le seul qui ait mentionné les accidents de paralysie produits par l'action directe de la diathèse syphilitique sur le névraxe ou sur les nerfs. Cirillo, en 1776, décrivait le sommeil comateux et le strabisme comme des manifestations très-fréquentes chez les individus qui ont des exostoses du crâne. En outre, il donna l'observation de deux paraplégies et d'une paralysie générale d'origine syphilitique, guéries rapidement par les frictions de sublimé.

Quelques années auparavant de Horne, Lalouette, Boerhave, Laubius, Hieronymus avaient rapporté plusieurs cas où l'abolition des sens, de la vue et de l'ouïe, des hémiplégies, des tremblements musculaires, etc., etc., avaient été observés chez les syphilitiques....

II.

Toutefois, c'est à partir du XIXe siècle seulement que la pathologie syphilitique des centres nerveux sortit de l'état rudimentaire où elle était restée jusqu'alors. Les faits sur lesquels on pouvait l'édifier étaient-ils trop rares, trop incomplets, trop mal observés pour entraîner la conviction ? Étaient-ils insuffisants ou méconnus au point de ne

pas même susciter des investigations dans cette voie si largement ouverte de nos jours? Comment se fait-il, par exemple, qu'un observateur de génie tel que Hunter, qui passe à juste titre pour un des fondateurs de la syphiliographie moderne, ait déclaré catégoriquement que jamais la syphilis, si profondément qu'elle pénétrât dans l'organisme, n'atteignait les centres nerveux? J'ai peine à croire, que si un pathologiste de cette force eût été témoin des accidents cérébro-spinaux syphilitiques que nous rencontrons si fréquemment aujourd'hui, il n'en eût pas suivi la filiation et découvert la véritable origine.

Je n'ai point l'intention de faire ici de la bibliographie. Je me bornerai aux réflexions précédentes que suggère un simple coup d'œil d'ensemble jeté sur l'histoire des affections syphilitiques du système nerveux. Qu'on parcoure la liste des thèses, des monographies, des leçons, des mémoires, des traités qui depuis 1800 ont eu pour objet l'étude de cette importante question, et on verra que leur nombre, et je dirais même leur valeur, s'accroît d'année en année. Chaque nation a fourni son contingent; celui de l'Angleterre et de l'Allemagne est riche, précieux et d'une haute valeur sur bien de points; mais, dans cette branche de la syphilis, comme dans les autres, on peut dire, sans exagération d'amour-propre national, que la France occupe la première place.

SECTION I.

Recherches statistiques sur la précocité des affections syphilitiques des centres nerveux.

La précocité des accidents syphilitiques du système nerveux est-elle un fait rare ou commun? Quelle est sa fré-

quence ? A quelle époque l'imminence de ces redoutables déterminations est-elle à craindre ?

Pour résoudre ces questions pratiques qui intéressent à un si haut point la prognose de la maladie constitutionnelle, j'ai compulsé dans différents recueils un grand nombre de faits. Ils n'avaient point été choisis pour soutenir une thèse particulière, mais pris au hasard par plusieurs observateurs qui les rapportaient sans aucune idée préconçue.

I.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé. Ils m'ont causé quelque étonnement, bien que j'y fusse préparé par ma conviction que la syphilis peut devenir dangereuse pour les viscères dès les premiers jours de sa diffusion dans l'organisme. Il s'en faut de beaucoup que cette statistique embrasse la majorité des cas de syphilose cérébro-spinale disséminés dans les annales de la science ; mais le chiffre de 168, sur lequel elle est basée, est assez important pour donner une idée à peu près exacte de ce qui se passe habituellement.

Dans les 8 cas de ce mémoire, recueillis par moi, l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition de la syphilose cérébro-spinale n'a pas dépassé un an. Eh bien, je considérerai comme réellement précoces les accidents de cette nature qui se développent dans les douze premiers mois de la maladie constitutionnelle, et j'en ferai la première série de ma statistique. — Est-ce à dire que ceux qui surviennent après la première année ne sont pas précoces ? Non. Mais la précocité n'impliquant rien d'absolu, et ayant des limites un peu arbitraires, il faut bien lui assigner un terme pour la facilité des comparaisons. — Ce sera, si l'on veut, une *précocité du premier degré.*

Il y aura aussi des *précocités du deuxième degré.* N'est-

il pas, en effet, légitime au point de vue pathologique, de regarder comme précoce une affection du système nerveux qui se développe deux ou trois ans après l'accident primitif ? Sans doute, car la maladie constitutionnelle est encore dans sa période de virulence. Mais remarquons combien il est difficile de trouver, même approximativement, le point exact où la détermination viscérale cesse d'être précoce. Si on voulait à toute force une ligne de démarcation, je crois qu'on pourrait la tracer au moment où la syphilis quitte la phase des éruptions généralisées, des plaques muqueuses ou cutanées, des manifestations dont les produits sont virulents, pour entrer dans un ordre d'accidents plus profonds, plus circonscrits et incapables ou moins susceptibles de se communiquer. Mais il y a là, ainsi que sur tant d'autres points, beaucoup d'incertitude et de variabilité ; il faut trop souvent se contenter d'à peu près, et ne point demander aux faits pathologiques une rigueur qu'ils ne comportent pas.

II.

Pour simplifier le discours, j'emploierai souvent le mot *incubation :* il désignera l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre l'accident primitif et l'apparition de la syphilose cérébro-spinale.

Je n'attache ici à ce mot aucune idée théorique. Il n'implique point, par exemple, la continuité d'une action morbide sourde, latente, qui s'élabore discrètement, et sans intermittences dans la profondeur de l'organisme, sous l'influence du virus, pour aboutir fatalement à tels ou tels résultats, dont il soit à peu près possible de prédire la date et de fixer la nature.

Cela étant établi, entrons dans l'analyse des 168 cas de

ma statistique. Voici les chiffres que donne ce que j'appelle la précocité du premier degré :

Sur 168 cas, l'incubation de la syphilose cérébro-spinale a été d'une année, et de moins d'une année, 53 fois. Ce chiffre est énorme, puisqu'il exprime près du tiers de la totalité.

Décomposons-le, suivant les mois, car c'est par mois, et quelquefois par jours, que l'on compte dans cette première série.

Eh bien ! l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition des accidents syphilitiques nerveux a été de :

Un mois dans	3 cas.
Deux mois dans.	4 cas.
Trois mois dans.	5 cas.
Quatre mois dans	7 cas.
Cinq mois dans.	4 cas.
Six mois dans	6 cas.
Huit mois dans	2 cas.
Neuf mois dans.	2 cas.
Douze mois dans	20 cas.

Au sujet des 20 cas où l'incubation a été de 12 mois, je ferai une remarque : c'est que 12 mois ou un an étant un chiffre rond, on a dû y englober les intervalles de temps qui étaient moindres ou plus considérables de quelques mois. Le chiffre 12 ne doit pas être d'une rigueur absolue, et il est probable que les incubations d'un an étaient souvent de 10, 11, 13 ou 14 mois

J'ai trouvé 2 ou 3 cas où il y avait eu simultanéité entre l'accident primitif et les accidents nerveux, mais je ne les ai point admis. Est-ce que la syphilose cérébro-spinale peut se manifester avant que l'infection de l'économie par le virus syphilitique se soit effectuée ? Ne serait-ce pas une monstruosité pathogénique ? Il faut se

défier des coïncidences ; elles n'impliquent pas toujours des rapports de causalité ? Or, ce sont de pures coïncidences qui font développer à la même date, d'une part, le chancre syphilitique, et d'autre part, une affection quelconque du névraxe.

Je serai tenté d'en dire autant pour l'intervalle de trois semaines et d'un mois. Mais il faut être affirmatif pour les incubations de sept semaines et de deux mois. N'est-ce pas le moment, en effet, où la syphilis, confinée jusque-là dans l'accident primitif, sort de son état latent ? Elle frappe le système lymphatique, la peau et les muqueuses. S'en tient-elle toujours là ? Non. La diffusion franchit les téguments et ces parties extérieures *exposées à l'air* dont parle Hunter. Les viscères les plus profondes ne sont pas à l'abri de ses atteintes.

Parmi eux, le *cerveau vient de beaucoup en première ligne.*

Dès l'explosion des accidents vraiment constitutionnels de la syphilis, cet organe peut être endommagé. Quelquefois, il ne l'est que faiblement. Tout se borne à des troubles fonctionnels passagers produits, soit par l'impression directe du virus sur les éléments nerveux eux-mêmes, soit plutôt par les perturbations momentanées de l'irrigation vasculaire dans les méninges et les couches les plus superficielles du cerveau. Mais, qu'on ne l'oublie pas, l'encéphalopathie syphilitique peut s'élever déjà à tous les degrés de gravité. L'âge de la syphilis n'y fait rien, comme on s'en convaincra plus tard, quand nous parlerons du pronostic.

La moelle épinière échappe beaucoup plus fréquemment que le cerveau aux attaques légères ou graves, fugaces ou persistantes de la syphilis sur le névraxe. Il est rare de voir des myélopathies se développer pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Les douleurs né-

vralgiques des membres et du thorax qui se produisent assez souvent à cette époque, sont plutôt l'expression des souffrances du système nerveux périphérique, que le symptôme d'une détermination sur la moelle épinière.

III.

La précocité du deuxième degré comprendra, pour les raisons que j'ai données ci-dessus, les cas d'affection syphilitique du névraxe, qui surviennent dans le cours de la deuxième et de la troisième année.

A partir des incubations comprises dans les 12 premiers mois, on trouve rarement mentionnées des divisions mensuelles. Les malades ne comptent plus que par années. Ils semblent, à mesure qu'ils s'éloignent du début de leur maladie, perdre la notion précise de sa durée. Leur mémoire est en défaut, et c'est tout naturel. Aussi peut-on affirmer, que les incubations les plus courtes sont celles qui doivent inspirer le plus de confiance, parce que tout concourt, et chez le malade et chez le médecin, à leur donner un caractère plus rigoureux de certitude.

L'intervalle qui s'est écoulé entre l'accident primitif et l'affection syphilitique des centres nerveux a été de :

Deux ans dans . . . . 19 cas.
Trois ans dans . . . . 13 cas.

Sur 168 syphiloses cérébro-spinales, il n'y en a donc eu que 32 de la deuxième à la troisième année inclusivement, tandis que de 2 à 12 mois, il s'en est développé 53. Il en résulte que la précocité du premier degré est presque deux fois plus nombreuse que celle du deuxième degré, quoiqu'elle comprenne deux années, tandis que la première ne dépasse pas les 12 premiers mois de la syphilis.

A un âge plus avancé de la syphilis, les incubations ont été reparties de la manière suivante :

1° Pour la quatrième, la cinquième, la sixième année :

Quatre ans dans.	13 cas.
Cinq ans dans.	9 cas.
Six ans dans	6 cas.

Total, 28 cas seulement pour ces trois années ; proportion beaucoup plus faible, on le voit, que pour la précocité du deuxième degré, puisqu'il y a 4 cas de moins et une année de plus.

2° Pour les septième, huitième, neuvième et dixième années :

Sept ans dans.	10 cas.
Huit ans dans.	7 cas.
Neuf ans dans.	5 cas.
Dix ans dans	6 cas.

Total, 28 cas, comme dans la série précédente, quoiqu'il y ait une année de plus.

Ainsi, jusqu'à 10 ans, il y a une décroissance de plus en plus grande dans le nombre des cas de syphilose cérébro-spinale.

Mais cette décroissance est encore bien plus rapide après 10 ans, puisque les séries des cinq années ne donnent :

La première, de 11 à 15 ans, que les incubations suivantes :

Onze ans dans	2 cas.
Douze ans dans.	3 cas.
Treize ans dans.	3 cas.
Quatorze ans dans.	1 cas.
Quinze ans dans	2 cas.

Soit 11 cas seulement pour cinq années.

La deuxième, de 16 à 20 ans :

Seize ans dans	1 cas.
Dix-sept ans dans.	4 cas.
Dix-huit ans dans	2 cas.
Dix-neuf ans dans.	2 cas.
Vingt ans dans	1 cas.

Soit 10 cas pour ces cinq autres années.

Après 20 ans de syphilis, voici ce que l'on trouve comme intervalles de temps entre l'accident primitif et la syphilose cérébro-spinale :

Vingt et un ans dans	1 cas.
Vingt-cinq ans dans.	1 cas.
Quarante-deux ans dans . . .	1 cas.
Quarante-trois ans dans . . .	2 cas.
Quarante-huitans dans. . . .	1 cas.

Proportion si faible, qu'elle ne peut même pas être comparée aux séries de 10 à 15 ans et de 15 à 20.

IV.

Je n'ignore point combien les chiffres sont trompeurs, et je suis loin de prétendre que les statistiques, même les plus complètes et les mieux faites, puissent donner des lois, surtout en pathologie. Il faut tenir compte des erreurs de supputation et prendre les statistiques pour ce qu'elles valent ; elles se bornent à indiquer, dans une mesure très-large, et dont il ne faut pas exagérer la rigueur, la fréquence ou la rareté des faits, sans en donner la raison physio-pathologique. Mais cette raison, cette cause profonde des phénomènes, n'est pas ce qu'il faut chercher pour le moment.

Une statistique dont les éléments auraient été puisés à d'autres sources, donnerait-elle des résultats semblables ? Je crois, sans pouvoir toutefois l'affirmer, qu'ils ne différeraient pas grandement, et qu'ils établiraient, comme ceux qui précèdent, la fréquence relativemeut très-grande des syphiloses du névraxe, pendant les deux ou trois premières années de la syphilis et principalement pendant la première.

Les faits, dont j'ai relevé les incubations, se trouvent dans les trois excellentes monographies de MM. Lagneau fils, Zambaeo, Gros et Lancereaux, sur les affections syphilitiques du système nerveux (1).

La rareté de plus en plus grande des syphiloses cérébro-spinales aux périodes avancées de la syphilis, n'a rien, du reste, qui doive étonner. Considérez, en effet, que parmi les syphilitiques d'une même génération, beaucoup succombent par une cause ou par une autre, avant que la syphilis ait dit chez eux son dernier mot. La mortalité les moissonne en proportion de leur âge. Ne pourrait-on pas dire que s'ils avaient vécu plus longtemps, leurs centres nerveux seraient devenus syphilomateux? Dans l'appréciation des statistiques, il ne faut donc pas perdre de vue que le nombre des syphilis âgées de 1, 2, 3 ans est infiniment plus considérable, à n'importe quel moment, que le nombre des syphilis âgées de 10, 15, 20, 30 ou 40 ans, etc.

V.

Dans ses recherehes statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire, M. le docteur Jullien a réuni 224 cas

(1) J'ai évité, autant que possible, les erreurs qui auraient pu résulter de la reproduction des mêmes faits, dans chacun de ces trois ouvrages.

qu'il a divisés en quatre catégories. La première comprend 59 cas, dans lesquels la syphilis, n'ayant pas été traitée, a suivi sa marche naturelle; la seconde, 47, où le traitement mercuriel a été institué dès le début des chancres; la troisième, 111, traités par le mercure à partir de l'apparition des accidents secondaires, et la quatrième, 7, traités par l'iodure de potassium seul.

Dans la première catégorie, il n'y a qu'un cas de syphilose des centres nerveux ;

Dans la deuxième, on en compte 6 ;

Dans la troisième, 13 ;

Et dans la quatrième, il n'en existe pas.

C'est donc un total de 20 cas de syphilose cérébro-spinale sur 224 cas de syphilis tertiaire, soit un peu moins d'un dixième.

Dans ces 20 cas, l'intervalle entre le début de la syphilose cérébro-spinale et l'accident primitif a été de :

Dix mois dans	1 cas.
Un an dans	7 cas.
Un an et demi dans	1 cas.
Deux ans dans	1 cas.
Deux ans et demi dans . . .	1 cas.
Trois ans dans.	3 cas.
Quatre ans dans.	1 cas.
Cinq ans dans.	1 cas.
Six ans dans	1 cas.
Neuf ans dans.	2 cas.
Dix ans dans	1 cas.

Ainsi, en regardant comme précoces les cas dans lesquels l'incubation ne dépasse pas 3 ans, on voit qu'il y a 13 syphiloses cérébro-spinales précoces sur 6 tardives. Sur ces 13 syphiloses 8 appartiennent au premier degré de précocité, puisqu'elles se sont déclarées dans les 12 mois qui ont suivi l'accident primitif, et 6 sont du deuxième degré de préco-

cité, leur début ayant eu lieu de 1 à 3 ans après le chancre.

Voilà donc une nouvelle catégorie de faits qui milite en faveur de la précocité des affections syphilitiques du système nerveux.

Aussi M. Julien a-t-il eu raison de dire dans son excellent *Traité des maladies vénériennes*, en faisant allusion à ce chiffre : « Nous n'en concluons pas à la précocité presque constante de ces manifestations cérébro-spinales, attendu que peut-être par coïncidence, beaucoup d'accidents tardifs ont pu nous échapper ; mais, du moins, croyons-nous avoir prouvé le peu d'exactitude de l'opinion contraire. »

VI.

Dans la très-bonne thèse de mon ami M. le Dr Ladreit de Lacharrière, sur les paralysies syphilitiques, il y a 13 observations prises avec beaucoup de soin. Onze fois l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition des accidents nervoso-syphilitiques a été noté d'une manière précise, et il a été de :

Trois mois dans.	1 cas.
Quatre mois dans	1 cas.
Cinq mois dans.	1 cas.
Six mois dans.	1 cas.
Neuf mois dans.	1 cas.
Un an dans.	1 cas.
Onze mois dans.	1 cas.
Quatorze mois dans.	1 cas.
Seize mois dans.	1 cas.
Quinze ans dans.	1 cas.
Seize ans dans.	1 cas.

Ces faits, sauf les deux derniers, rentrent, comme on le

voit, dans la catégorie des syphiloses cérébro-spinales très-précoces. Leur proportion, par rapport à celles qui sont tardives, est donc comme 9 est à 2.

Cette proportion est loin d'être toujours la même dans les différents travaux sur la syphilis cérébro-spinale.

Prenons un des meilleurs ouvrages sur la matière, celui de M. le docteur Thomas Buzzard, publié en 1874 à Londres, intitulé : *Clinical aspects on syphilitic nervous affections*. Nous y trouvons 37 observations. Dans 26, l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition de la syphilis cérébro spinale, a été noté d'une manière plus ou moins approximative, et il a été de :

Neuf mois dans	1 cas.
Treize mois dans	1 cas.
Deux ans et demi dans. . . .	1 cas.
Trois ans dans	1 cas.
Quatre ans dans.	2 cas.
Cinq ans dans	3 cas.
Six ans dans	3 cas.
Sept ans dans.	2 cas.
Huit ans dans.	1 cas.
Neuf ans dans.	1 cas.
Dix ans dans	3 cas.
Onze ans dans	1 cas.
Douze ans dans.	1 cas.
Quatorze ans dans.	2 cas.
Quinze ans dans	1 cas.
Dix-neuf ans dans.	1 cas.
Trente-deux ans dans.	1 cas.

Il résulte de ce tableau que dans les cas observés par M. Buzzard, les cas précoces ont été rares, puisqu'on n'en compte (en comprenant le premier et le deuxième degré de précocité), que 4 sur 26, c'est-à-dire qu'ils sont six fois moins nombreux que les cas tardifs.

VII.

Il me serait facile de multiplier ces statistiques, mais je pense que les chiffres que j'ai donnés suffisent amplement pour démontrer la fréquence relativement grande des accidents syphilitiques pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Tout en faisant des restrictions sur leur exactitude, tout en tenant compte des nombreuses erreurs auxquelles on s'expose en la compulsant sur une grande échelle, il n'en est pas moins certain que *parmi les syphiloses tertiaires et viscérales, aucune ne l'emporte comme précocité sur les syphiloses cérébro-spinales.*

Telle est la conclusion pratique et vraie à laquelle conduisent l'observation de tous les jours et la lecture des innombrables documents publiés sur la syphilis.

Depuis que ce travail a été commencé, j'ai observé d'autres cas de syphilose cérébro-spinale précoce. En les ajoutant à ceux qui sont rapportés dans la première partie de ce mémoire, je trouve que l'intervalle entre le chancre infectant et les accidents nerveux a été de :

Cinq mois dans	9 cas.
Huit mois dans	1 cas.
Un an dans.	1 cas.
Quinze mois dans	1 cas.
Quinze mois dans	1 cas.

J'ai été appelé aussi à soigner des malades atteints d'accidents nerveux syphilitiques, chez lesquels le début de la syphilose rémontait à 5, à 4, à 7 et même à 19 ans. Mais la grande majorité des faits bien authentiques de syphilose cérébro-spinale soumis à mon observation, rentraient dans la catégorie des accidents les plus précoces. (*A suivre.*)

II

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RENAUT.

COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE.

ÉTUDE DES TISSUS ÉMANÉS DU FEUILLET EXTERNE OU ECTODERME.

Anatomie générale de la peau.

TROISIÈME LEÇON.

Sommaire. — I. L'ectoderme embryonnaire et l'ectoderme fœtal sont d'abord disposés en nappe. — Vers la 18e semaine l'ectoderme non encore compliqué édifie le rudiment (*a*) des organes glandulaires (*b*) des phanères. — Étude des glandes sudoripares. — Glomérule ou portion différenciée (membrane propre, épithélium clair à noyau refoulé vers la base). — Canal excréteur ; son trajet intra-dermique. — Son trajet ectodermique ; point poreux terminal. — Le canal vecteur est un prolongement direct, non différencié fondamentalement, de l'ectoderme. Muscles lisses annexés ce canal. — Réseau vasculaire typique des glandes sudoripares.

II. — Nature acide de la sécrétion sudoripare, son action sur l'épiderme. — Résultats du flux sudoral excessif. — Phlycténule du sudamina, miliaire blanche, jaune, rouge. — Adaptations diverses des glandes sudoripares à des fonctions spéciales.

III. — Glandes sébacées : elles sont annexes des poils. — Structure de ces glandes. — Évolution graisseuse des cellules malpighiennes. — Modification survenant dans cette évolution. — Évolution hâtive ; acné sébacée fluente. — Production du stéatome, du comédon corné. — Réaction du comédon corné sur la glande : origine de la pustule d'acné. — Adaptations des glandes sébacées à des fonctions spéciales. — Idée générale des glandes de la peau.

Messieurs,

Au début de la vie intra-utérine et, chez les mammifères, à une époque déjà avancée de l'évolution (au troisième mois, par exemple), l'ectoderme présente encore une forme relativement simple. Il s'étend à la surface du tégument sous la forme d'un revêtement continu qui n'offre que deux couches distinctes : l'une profonde adjacente au derme est composée de cellules cylindriques implantées normalement à la surface choriale, l'autre superficielle formée de cellules disposées en lits stratifiés et constituant une mince pellicule cornée. Il n'existe alors encore aucune papille ; le revêtement ectodermique ne s'est pas encore compliqué. A ce moment cependant, il établit et édifie pour ainsi dire les deux séries d'organes corrélatifs à ses deux fonctions maîtresses, l'une glandulaire, l'autre défensive. On voit, en effet, se développer par des bourgeons émanés du corps de Malpighi les glandes cutanées des divers ordres et ce que l'on appelle les *phanères.*

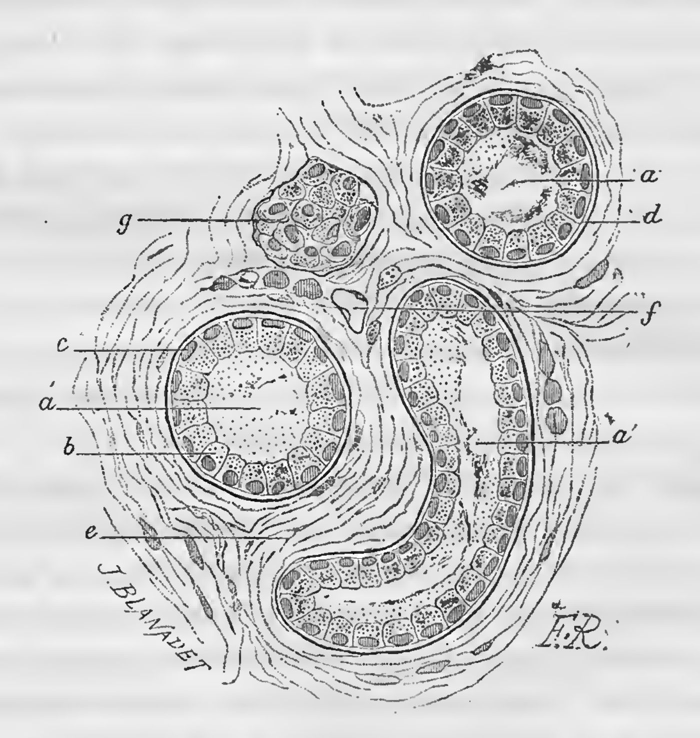
A) *Formation des glandes.* — Si l'on pratique une coupe dorso-palmaire à travers l'un des doigts ou l'un des orteils d'un embryon de trois mois, l'on voit se former le germe des glandes sudoripares. Sur une pareille coupe, nous sommes certains que tous les bourgeons ectodermiques qui se montrent sur la face palmaire sont des rudiments glandulaires puisqu'il n'existe point de poils dans la région. A l'origine ces bourgeons sont rectilignes, pleins, formés de cellules soudées entre elles et identiques à celles du stratum embryonnaire de Malpighi; ils s'enfoncent perpendiculairement dans le derme, traversant entièrement chez l'homme la portion fibreuse de cette membrane et s'arrêtant à la limite du derme proprement dit et de la région qui constituera plus tard ce qu'on appelle les cônes fibreux de la peau. Chez les pachydermes, au contraire,

les bourgeons glandulaires ne vont pas aussi loin, ils s'arrêtent dans l'épaisseur du derme, leur extrémité inférieure forme un cul-de-sac qui, chez certains ruminants nouveau-nés, le veau par exemple, reste simplement disposé en doigt de gant. Mais chez la plupart des animaux cette extrémité se comporte comme le ferait la racine d'une plante qui serait arrêtée dans sa végétation par un plan résistant qu'elle ne saurait perforer. Elle se recourbe alors, et s'enroule comme un peloton pour former un glomérule constitué par un bourgeon glandulaire replié irrégulièrement et un certain nombre de fois sur lui-même.

Initialement donc la glande sudoripare doit être distinguée, si on la considère de bas en haut, en trois portions bien distinctes : 1° le glomérule qui constitue la région véritablement différenciée et glandulaire de l'organe; 2° le canal vecteur qui unit cette portion glandulaire à l'ectoderme; 3° le point de l'ectoderme lui-même où s'abouche ce canal vecteur. Il pourrait être intéressant de chercher comment tout ce système, initialement plein, se creuse pour former une glande; mais cette étude nous entraînerait trop loin, il suffira d'avoir montré l'origine ectodermique de la glande sudoripare, et nous allons passer actuellement d'emblée à la description de cette glande telle qu'elle est constituée chez l'adulte.

Étude du glomérule sudoripare. — Sur une coupe épaisse rendue transparente par l'action successive de l'alcool, de l'essence de girofles, et montée dans le baume du Canada, on voit le glomérule présenter l'aspect d'un tube tortueux contourné sur lui-même de mille manières à la façon d'un peloton irrégulier, dont les tours de spire sont mêlés sans ordre. Il en résulte que le glomérule pend à l'extrémité de son canal vecteur rectiligne comme une pelote que l'on tiendrait par l'extrémité du fil qui la forme et que l'on aurait déroulée dans une

fraction de son parcours. Ce glomérule est plongé, chez l'homme, non plus dans la natte fibreuse du derme, mais dans un tissu cellulaire lâche où ne se montrent que de rares cellules adipeuses et qui est le confluent d'un certain nombre de vaisseaux afférents, de trajets lymphatiques qui commencent à se canaliser et de troncs nerveux de divers calibres. Pratiquons maintenant à travers le glomérule une coupe mince. Colorée ensuite par le picrocarminate d'ammoniaque et montée dans la glycérine, cette coupe présentera des détails intéressants, surtout si l'on a soin de recueillir pour cet examen un fragment de peau dont les glandes n'ont pas été mises en activité par la diaphorèse constante et prolongée de la période agonique.



Coupe d'un glomérule sudoripare de la peau d'un cheval :

a a, tube glandulaire coupé perpendiculairement à son axe. — *a'*, le même tube coupé obliquement. — *b*, épithélium. — *c*, membrane propre du tube. — *d*, capillaire sanguin. — *g*, coupe d'un trajet lymphatique. — *e*, tissu connectif intertubulaire. (400 diam., *chambre claire.*)

Les tours de spire du glomérule sont coupés exactement comme le seraient les fils du peloton irrégulier qui nous a servi de comparaison. Certains se présentent sectionnés longitudinalement, d'autres obliquement, d'autres enfin perpendiculairement à la direction axiale du tube glandulaire. Un premier fait que l'on remarque, c'est que ce tube est limité du côté du derme par une véritable paroi propre. Cette paroi m'a paru homogène, le picro-carminate d'ammoniaque la laisse presque absolument incolore et ne la teint pas en jaune comme le tissu élastique vrai. Elle est cependant comme ce dernier insoluble dans la potasse et la soude en solution à 40 0/0 dans l'eau. S'agit-il ici d'une formation analogue à la membrane homogène sur laquelle reposent les cellules de l'ectoderme de certains animaux inférieurs (l'Amphioxus, par exemple), ou n'avons-nous affaire qu'à une production secondaire analogue à la gaîne de Schwann ou au sarcolemme? c'est ce qu'il est difficile de décider; mais l'existence de cette membrane est absolument indiscutable, notamment dans la peau des pachydermes. Au-dessous d'elle, le derme se termine par une couche de cellules plates qui s'appliquent et se moulent sur le tube glandulaire, c'est peut-être cette couche que Besiadecki a imprégnée par l'argent, mais je n'ai point vérifié l'exactitude du fait. Les couches d'enveloppe qui limitent la glande sont donc au nombre de deux : l'une externe, formée par le derme et limitée par des cellules plates; l'autre interne qui n'est pas de nature cellulaire et sur laquelle repose l'épithélium sécréteur.

Cet épithélium est disposé à la façon des épithéliums prismatiques. Il est formé de cellules cylindriques implantées normalement à la surface qu'elles recouvrent. Chaque cellule est dépourvue de membrane et formée d'un protoplasma et d'un noyau. Sur la peau enlevée chez l'animal vivant et fixée immédiatement dans sa forme par

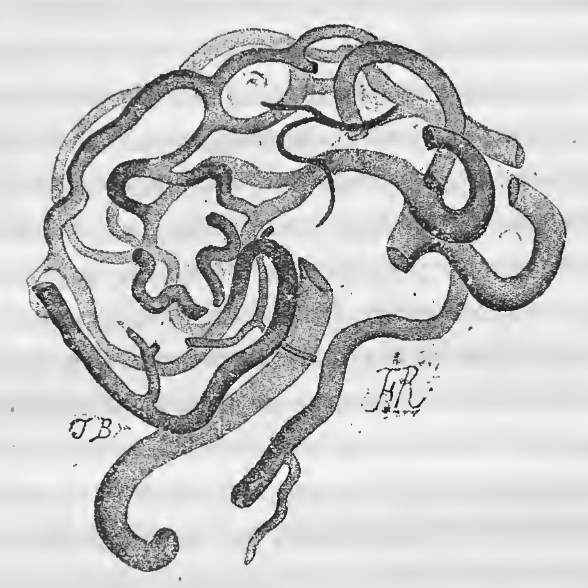
l'action de l'alcool, ce protoplasma est clair, il est chargé d'un très-petit nombre de granulations qui semblent disposées en série dans le sens du grand axe de la cellule, mais il ne m'a point paru se décomposer en bâtonnets comme celui des cellules des tubes urinifères contournés auxquels on a comparé quelquefois les glandes sudoripares. Le noyau est petit, placé à la base de la cellule, c'est-à-dire immédiatement adjacent à la paroi. Il résulte de ce qui précède que chaque cellule du glomérule sudorifère est départi en deux régions distinctes : l'une claire, adjacente à la lumière du tube ; l'autre granuleuse et munie d'un noyau qui occupe le fond de l'élément. On voit ainsi que les cellules ectodermiques, en se spécialisant pour leurs fonctions glandulaires, ont pris une forme en rapport avec leur adaptation. Si on compare les cellules que nous venons de décrire avec celles des glandes salivaires ou œsophagiennes, c'est-à-dire aux glandes en grappe annexes de la peau, on voit que la forme est très-semblable, aux dimensions près. Inversement, si l'on examine les glandes sudoripares de la peau qui vient de sécréter abondamment la sueur, le noyau paraît gonflé, le protoplasma devient fortement granuleux, et la cellule perd de la sorte une partie de ses caractères typiques. Ainsi se trouve constitué le glomérule sudoripare au point de vue de ses éléments cellulaires et de ses enveloppes. Le canal vecteur qui lui fait suite est construit de toute autre façon. La gaîne propre suit ce canal et remonte avec lui jusqu'à la ligne des papilles ; à ce niveau elle cesse d'exister et le conduit vecteur n'est plus qu'un trajet lacuneux creusé à travers le stratum de Malpighi et les couches épidermiques proprement dites. A l'intérieur, le canal vecteur est tapissé par un prolongement du corps de Malpighi. Les cellules qui tapissent sa surface interne ne peuvent être distinguées des cellules malpighiennes, et, comme l'a montré mon maître,

M. Ranvier, elles participent à la nature histochimique de ces dernières. On sait, en effet, que l'épiderme embryonnaire et toutes ses productions directes (poils, ongles, cornes) sont chargés abondamment de substance glycogène; l'action du sérum iodé décèle aussi cette substance dans toute la longueur du canal vecteur de la glande sudoripare.

La sueur sécrétée par le glomérule circule dans ce canal en vertu principalement de la vis *a tergo*, car les glandes de petit calibre ne possèdent aucun appareil musculaire qui leur soit annexé. Mais les grosses glandes présentent, le long de leur canal excréteur, dans le trajet intra-dermique de ce dernier, une couche plus ou moins abondante de fibres cellules lisses à direction longitudinale et qui concourent à porter et pour ainsi dire à ériger les portions profondes de ce canal vers leur orifice poreux cutané. Je viens de dire, messieurs, que l'orifice de la glande sudoripare est une sorte de point poreux ; en effet le trajet de ce canal n'est marqué dans l'épiderme par aucune membrane limitante analogue à celle qui existe dans la profondeur du derme. Les cellules du stratum de Malpighi et des couches épidermiques superficielles s'écartent simplement les unes des autres comme pour laisser passer le liquide sécrété. Il en résulte un trajet tortueux qui, considéré dans son entier, prend la forme d'un pas de vis ou d'un tire-bouchon. Sur des coupes minces les sections de ce trajet se montrent formées par une rangée de cellules appartenant à la couche intéressée par la coupe et qui sont aplaties du côté de la lumière du canal, et soudées extérieurement à leurs voisines sans en être séparées par aucune membrane enveloppante. Ainsi la glande sudoripare consiste dans une portion différenciée, le glomérule, formé par un tube plusieurs fois contourné, mis en rapport avec les couches ectodermiques par un canal excréteur rectiligne et s'ouvrant à la surface du

tégument par un trajet lacunaire creusé dans l'épaisseur de l'ectoderme.

Il convient actuellement d'étudier le mode de vascularisation des glandes sudoripares. Je n'insisterai que peu sur le système lymphatique, me contentant de dire que les glandes qui nous occupent sont le plus souvent plongées, chez l'homme, dans un tissu connectif lâche qui est comme le point de ralliement des vastes trajets lymphatiques lacunaires dont l'origine est intra-dermique, et qui gagnent les cônes fibreux de la peau. Ceci explique comment, dans le tégument atteint par l'érysipèle et qui devient alors une véritable éponge lymphatique, les grands sinus gonflés de globules blancs se montrent particulièrement manifestes autour des glandes sudoripares. Mais ce qui est surtout typique c'est la disposition des vaisseaux sanguins par rapport au glomérule. Des branches artérielles afférentes se détachent un certain nombre de petites artères qui cheminent chacune de leur côté vers le glomérule, se résolvent en capillaires à son pourtour et l'enveloppent comme d'un réseau. La forme de ce réseau capillaire est caractéristique ; les petits vaisseaux décrivent, en s'insinuant entre les replis du tube glomérulaire, une série d'arcs qui embrassent ordinairement ce tube en se moulant sur lui, mais sans l'entourer entièrement comme le feraient des anneaux. Il résulte de là que le tube pelotonné irrégulièrement est à diverses hauteurs incomplétement embrassé par des arcs vasculaires qui communiquent entre eux par des traits d'anastomose également curvilignes. Le lacis capillaire est donc formé par des arcs incomplets entés les uns sur les autres irrégulièrement, sans que ces arcs présentent une série de concavités et de convexités orientées dans une direction commune. C'est cette disposition qui donne aux capillaires du glomérule leur aspect particulier et qui échappe à toute description.



Réseau sanguin enveloppant une glande sudoripare de la peau de l'homme. (*Chambre claire.*)

II.— Il convient actuellement de se demander, non pas comment fonctionne la glande sudoripare ni quelle est la nature de sa sécrétion au point de vue physiologique, mais de voir quels sont les phénomènes anatomiques qui accompagnent la production de la sueur dans la glande, lorsque cette production est normale, et ceux qui sont corrélatifs à la diaphorèse exagérée. Depuis les travaux d'Heidenhain, on sait en effet que l'état anatomique des glandes qui fonctionnent n'est pas le même que celui des glandes au repos. Nous avons vu plus haut comment l'épithélium clair et à petits noyaux du glomérule sudoripare se change après une diaphorèse abondante et prolongée en un épithélium trouble renfermant un noyau volumineux. Mais ce n'est pas seulement du côté de la glande que l'on observe des modifications anatomiques lorsque la production de la sueur se fait par flux subit et excessif comme on l'observe dans un certain nombre de maladies sudorales. Je vous ai fait remarquer, messieurs, dans la précédente leçon, que lorsque

dans un département de la peau commandé par la distribution d'une artère, c'est-à-dire dans un *département vasculaire* de cette membrane, il se produit un œdème subit, la pression due au liquide accumulé s'exerce dans tous les sens et, du côté de l'ectoderme, fait céder les couches stratifiées en leur point faible, c'est-à-dire au niveau de la couche granuleuse. C'est ainsi que se forme la phlyctène superficielle. Quand une diaphorèse survient comme un flux subit et abondant, comment va se faire l'excrétion du liquide incessamment sécrété en grande quantité par la glande? La seule voie d'excrétion possible est le trajet poreux creusé dans les couches de l'ectoderme ; si le débit de ce point poreux est insuffisant, la pression devient énorme, et, au niveau du point traversé par le canal vecteur, la couche épidermique cède en son point faible produisant une phlycténule qui n'est autre que la voûte d'un sudamina.

Ce sudamina ne diffère de la phlyctène que par le seul fait qu'il se remplit d'une gouttelette de sueur au lieu de se remplir du liquide de l'œdème. En même temps que la sueur, les cellules migratrices qui abondent dans la peau hypérémiée par la sudation pénètrent dans la petite cavité du sudamina. Au début ce dernier est transparent comme une goutte de rosée parce qu'il ne renferme que de la sueur incolore et des globules blancs, nombreux jusqu'à se toucher, mais également transparents. Le lendemain ou le surlendemain, à la place de la petite lésion que nous venons de décrire que trouvons-nous ordinairement? Ce qu'on appelle en clinique une vésicule de *miliaire jaune*. Il serait absolument impossible, sans les connaissances que nous venons d'acquérir, de comprendre comment s'est opérée la transformation du sudamina en miliaire. Vous savez, messieurs, que la sueur est un liquide acide, vous reconnaîtrez facilement que le contenu du sudamina est formé par de la sueur. Piquez un sudamina récent à l'aide d'une

aiguille. Absorbez la gouttelette qui s'en échappe à l'aide d'un papier bleu de tournesol, ce papier se marquera immédiatement en rouge. C'est ce qui a conduit mon maître M. Lailler à cette remarque judicieuse que le liquide du sudamina est le seul liquide séreux pathologique qui, en dermatologie, présente nne réaction acide. Or nous venons de voir que de nombreux globules blancs sont accumulés rapidement sous la phlycténule du sudamina ; tant qu'ils vivent, ils restent transparents, mais le liquide acide les tue au bout de quelques heures. Comme toujours, en mourant ils se chargent de granulations graisseuses, ils sont alors suspendus au milieu du liquide du sudamina auquel ils donnent l'apparence d'une émulsion, de là l'aspect lactescent de la miliaire blanche et de la miliaire jaune qui la suit. Cela est si vrai que sur les points où les sudamina se sont produits au sein de couches très-épaisses de l'épiderme, (dans ce que l'on a appelé l'eczéma sudoral des doigts), l'épaisseur de la couche malpighienne met un obstacle à la migration des globules blancs et les sudamina ne passent ordinairement pas à l'état de miliaire. L'action de la sueur ne se borne pas à ces effets, fréquemment la diaphorèse continue après la formation des sudamina et des miliaires. Lorsque l'épiderme soulevé qui couvrait ces petites lésions a desquamé, la sueur répandue et stagnant à la surface du tégument irrite le derme à travers les points occupés précédemment par les sudamina et à la base de ces derniers survient souvent une petite papule congestive qui n'est autre que la miliaire rouge. J'insiste sur ces points, messieurs, afin de vous faire bien concevoir de quelle utilité sont les connaissances d'anatomie générale pour l'explication de lésions qui semblent naître, s'enchaîner et se succéder sans aucune cause au premier abord apparente.

Je dois insister maintenant, messieurs, sur la valeur morphologique de la glande sudoriparc. Vous l'avez vue

se différencier rapidement et naître de l'ectoderme à un moment où cette membrane, simplement étendue en nappe, est encore voisine de sa simplicité primitive. Avant que l'ectoderme ne se soit compliqué pour multiplier ses surfaces, avant que ses organes nerveux terminaux se soient développés dans les papilles, les bourgeons glandulaires sudoripares apparaissent et transforment le derme en une vaste surface d'excrétion. Je ne voudrais nullement comparer à la structure du rein qui, lui aussi, vient *peut-être* de l'ectoderme, celle des glandes sudoripares dont les fonctions excrétoires sont connues et constituent un annexe important des fonctions rénales ; mais j'insiste sur l'importance morphologique de ces petits organes, importance montrée à la fois par leur développement hâtif, par leur vascularisation riche et typique, enfin par la série de leurs adaptations fonctionnelles. Certains auteurs considèrent, en effet, les glandes de Meibomius, les glandes cérumineuses, quelques glandes odorantes de la peau de divers animaux comme n'étant autre chose que des modifications des glandes sudoripares que nous venons de décrire. L'analogie de leur épithélium sécréteur avec celui des véritables glandes en grappe qui s'ouvrent à la surface des bourgeons ectodermiques bucco-œsophagien et ano-génital n'est pas moins intéressante ; je n'entends cependant pas déclarer qu'il existe autre chose qu'une ressemblance très-éloignée entre les glandes en grappe et les glomérules sudoripares, et j'insisterai plus tard sur les différences très-importantes qui séparent ces deux ordres d'éléments glandulaires.

Je n'ai pas à vous indiquer ici, messieurs, le mode de répartition exact des glandes sudoripares à la surface du tégument ; c'est une étude qui appartient exclusivement à l'anatomie descriptive. Je me bornerai à vous dire que, quelle que soit leur importance fondamentale, ces glandes

peuvent, chez certains animaux, sembler manquer totalement (Leydig) ou être fort rares, c'est ainsi que la taupe ne paraît en présenter aucune, on pourrait croire que la vie souterraine de cet animal le mettant à l'abri des variations atmosphériques rend inutile la régulation par la sueur de la surface extérieure de son corps. Mais comme des rongeurs très-actifs et agiles et dont l'existence n'est point souterraine (les rats, les souris) sont dans le même cas que la taupe, je suis absolument obligé de renoncer à cette explication. Quoi qu'il en soit, il est des animaux dont la sudation est pour ainsi dire nulle, d'autres qui, comme les chiens ne suent que difficilement, d'autres enfin, tel que le cheval et l'homme présentent un tégument criblé de glandes sudoripares et fréquemment arrosé de sueur.

III. *Glandes sébacées.* — Les glandes sébacées sont répandues sur la majeure partie du tégument et l'on peut dire que, là ou existent les poils, ces glandes qui leur sont constamment annexées sont présentes dans la peau. Inversement les régions chargées de glandes sudoripares et dans lesquelles l'épiderme est glabre au premier abord, contiennent des follicules pileux minuscules et pour ainsi dire latents. La peau du nez chez l'homme est un bon exemple à prendre pour fournir la preuve du fait précité. Fréquemment la peau du nez est acnéique, et quand on extrait les comédons qu'elle contient, ils sortent d'habitude accompagnés de poils microscopiques souvent multiples. Ceci revient à dire que les bourgeons ectodermiques qui fournissent les glandes sébacées, se confondent à l'origine avec les bourgeons pileux. Sur la peau de l'embryon humain, âgé de trois mois, les bourgeons pilo-sébacés s'enfoncent dans la peau, le plus souvent obliquement, et cette différence est la seule qui permette de les différencier à l'origine des bourgeons sudoripares. Ils sont d'abord pleins, cylindriques, se terminant en cul-de-sac ou en

doigt de gant. Plus tard ils se creusent sur l'un de leurs côtés pour former la glande sébacée, tandis que leur portion axiale se différencie en une série de couches concentriques qui sont le rudiment des gaînes superposées du poil.

Les glandes sébacées, considérées à l'état adulte, ont une structure infiniment plus simple que celle des glandes sudoripares. Ce sont de véritables culs-de-sac ectodermiques. Je ne vous décrirai pas ici, messieurs, la forme plus ou moins lobée de ces glandes qui se compliquent dans certaines régions pour former des organes sécréteurs spéciaux. Je vous montrerai plus tard, en effet, que les glandes sébacées, les tubercules de Montgommery et enfin la mamelle, constituent des termes graduellement compliqués d'une série morphologique identique au fond. Mais si nous considérons actuellement le cas le plus simple, c'est-à-dire une glande sébacée annexe d'un poil, nous la trouvons constituée comme suit : Le derme est pour ainsi dire creusé d'une cavité au pourtour de la glande sébacée, la surface adjacente à celle de la glande est simplement formée d'un tissu fibreux ayant tendance à se disposer en lamelles et renfermant des vaisseaux sanguins qui décrivent, autour du follicule sébacé, une série de mailles donnant à l'ensemble du réseau capillaire l'apparence grossière d'un filet. La cavité glandulaire n'est autre chose, avons-nous dit, qu'un repli du corps muqueux de Malpighi. La couche profonde de ce dernier, formée de cellules cylindriques soudées entre elles et implantées normalement à la paroi, se continue tout le long de la dépression qui forme la glande. Au-dessus de cette première couche on trouve des lits stratifiés de cellules hérissées de pointes identiques à celles du stratum malpighien ; c'est dans cette couche que se font les changements morphologiques qui aboutissent à la transformation graisseuse des cellules ectodermiques. La graisse se montre d'abord sous forme de goutte-

lettes isolées qui naissent dans le protoplasma de chaque cellule. A mesure que l'on s'avance vers la cavité de la glande, ces gouttelettes se montrent plus nombreuses, se réunissent, ou restant séparées transforment par leur accumulation la cellule primitivement polyédrique en un élément globuleux. Le noyau se trouve de la sorte mécaniquement refoulé vers la périphérie ; enfin, au centre de la glande les parois cellulaires formées par la lame protoplasmique de plus en plus distendue et amincie se rompent, et la graisse peut s'écouler au dehors en suivant le plus ordinairement la tige du poil annexé. Il n'existe pas à proprement parler de col dans les glandes sébacées, elles s'ouvrent à la surface des couches épidermiques par un petit trajet formé par l'écartement des cellules cornées et qui est ordinairement libre sur les glandes un peu développées. C'est même à ces orifices qu'est dû l'aspect ponctué de certaines régions de la peau.

L'évolution que nous venons de décrire est bien différente de l'évolution cornée normale que l'on observe à la surface des portions non glandulaires du tégument. Dans certaines circonstances, cette évolution est même tellement active qu'au lieu de son contenu normal consistant en des couches superposées et subissant graduellement la transformation graisseuse, le follicule glandulaire renferme, immédiatement en dedans de sa couche de cellules cylindriques, une infinité de cellules entièrement envahies par la graisse et offrant un aspect grossièrement analogue à celui que présente le tissu adipeux. C'est ainsi qu'est constitué le comédon graisseux fluide, caractéristique de l'affection cutanée que l'on appelle l'*acné sébacée fluente.* La graisse s'écoule alors incessamment à la surface de la peau et s'y concrète en couches melliformes ; il peut même arriver que, sous l'influence de cette irritation formative incessante, les glandes sudoripares de la région affectée

s'élargissent, se rejoignent et s'ouvrent les unes dans les autres. Il en résulte un ulcère atone, l'*ulcère acnéique*, que j'ai observé un petit nombre de fois sur les ailes du nez et la peau des joues. L'ulcère s'étend lentement, mais incessamment; et quelle que soit la médication employée, il ne végète pour ainsi dire jamais. A côté de cette évolution hâtive qui aboutit à des lésions graves, nous trouvons un autre type qui conduit à la formation du stéatome et qui est l'origine de la loupe. Dans ces cas, le produit de l'évolution épidermique n'est point de la graisse fluide, mais de la graisse engendrée au sein de cellules dont la paroi reste solide et ne permet pas au contenu de s'écouler sous forme de gouttelettes. Ce contenu du follicule s'accroît de la sorte indéfiniment, et la glande devient plus ou moins rapidement hystique. Enfin, il peut se faire, et le cas est même fréquent, que la couche stratifiée de Malpighi qui revêt le follicule, au lieu de subir l'évolution graisseuse, devienne soit partiellement, soit totalement le siége d'une évolution cornée régulière semblable à celle qui se produit normalement à la surface du tégument. Le comédon forme alors un grain solide, dur comme de la corne à sa périphérie et ne renfermant qu'une zone centrale graisseuse, enveloppée d'une coque cornée. Cette variété de comédon s'observe fréquemment et constitue la lésion initiale de l'acné simplex. Bientôt il agit comme un corps étranger, irrite les parois glandulaires qui, de deux choses l'une, l'enkysteront en s'épaississant pour former, par un processus d'inflammation chronique, la lésion de l'*acné indurée ;* ou l'expulseront à l'aide d'un petit abcès péri-folliculaire siégeant en quelques cas dans une portion assez étendue du derme lui-même. Il en résultera des cicatrices déprimées consécutives à l'abcès dermique, identiques à celles de la variole, et que l'on observe régulièrement dans les régions autrefois envahies par l'*acné pilaris*.

Je n'ai pas à poursuivre ici, dans leurs détails, les lésions dont je viens de vous indiquer brièvement la signification et l'origine ; mais je ferai remarquer que toujours les pustules acnéiques sont le résultat des divers modes d'accumulation et de rétention du contenu glandulaire diversement modifié. La pustule n'est alors qu'une réaction péri-folliculaire; et on en a la preuve par ce fait que l'acné iodique ou bromique siégeant sur les régions qui n'avaient pas été préalablement atteintes d'acné ponctuée, se termine par résolution ou suppuration sans expulser de comédons.

Vous avez étudié, messieurs, dans cette leçon, les deux principales variétés de glandes cutanées, vous avez pu reconnaître combien la fonction glandulaire de l'ectoderme s'établit rapidement chez l'embryon; quelle est la simplicité des types fondamentaux des glandes de la peau; vous avez pu voir enfin comment ces types se modifient en suivant la loi d'adaptation et d'économie pour constituer un certain nombre d'organes spéciaux qui ne sont au fond que des équivalents morphologiques des glandes sudoripares et sébacées.

III

LA DOURINE

par M. le professeur Saint-Cyr.

(Quatrième leçon.)

Étiologie. — Maintenant que nous connaissons la *dourine* dans son expression symptomatologique extérieure, étudions-la au point de vue de son *étiologie*.

Si nous voulions nous borner à la constatation pure et simple de ce que la science est aujourd'hui en droit d'affirmer comme l'expression de la vérité sur ce point, toute cette leçon pourrait se réduire à une formule aussi brève qu'explicite : *La dourine, maladie virulente, se propage par la contagion, et exclusivement par la contagion.*

Mais cette formule ne serait pas acceptée, même aujourd'hui, par tout le monde dans sa totalité. D'ailleurs, je me suis promis de profiter des deux cas que nous sommes à même d'observer pour vous faire l'histoire de cette maladie, à tous ses points de vue, aussi complète qu'il est en mon pouvoir de le faire. Il est donc nécessaire que nous entrions dans quelques développements.

Je viens de vous dire que la maladie dont il s'agit était *virulente* et *contagieuse ;* le vulgaire ne s'y était pas trompé : partout où la maladie apparaît, en Allemagne, en Autriche, en Russie, comme en France et en Algérie, l'opinion publique se prononce énergiquement pour la contagion ; partout elle accuse les *étalons* d'être les agents propagateurs du mal. On constate que la maladie n'atteint

que les *reproducteurs;* qu'elle apparaît au printemps en coïncidence avec l'époque de la *monte* (Rodloff, Yvart) ; que, tandis que les reproducteurs des deux sexes sont frappés en grand nombre et succombent, les animaux de la même espèce, vivant dans le même milieu, soumis aux mêmes influences climatériques, hygiéniques et autres, mais n'ayant jamais de rapports sexuels, les chevaux hongres, ceux des dépôts de remonte (Yvart), les juments employées à tout autre service que la reproduction (Rodloff) restent complétement indemnes.

Souvent, dans la circonscription où règne l'épizootie, la voix publique accuse énergiquement un *petit nombre d'étalons* (Röll) ou même un seul, comme *Méêhédy* dans la première invasion des Hautes-Pyrénées (Trélut, commission de Tarbes), nouvellement introduit dans la localité et auquel elle fait remonter avec une précision et une sagacité remarquables l origine du mal.

Cependant ces raisons, quelque puissantes qu'elles soient, n'ont pas toujours suffi pour entraîner toutes les convictions, et, depuis Strauss (1840) jusqu'à la 1re commission de Tarbes (1852), l'opinion anticontagioniste a trouvé des défenseurs. Strauss a vu un étalon dont la verge était couverte d'ulcérations *d'apparence cancéreuse* couvrir trois juments, qui sont, malgré cela, restées saines ; il a vu en outre un dépôt où des étalons sont morts de la maladie, sans qu'aucune des 194 juments qu'ils avaient saillies l'*année précédente* soit devenue malade.

De même M. *Signol*, qui ne voyait dans la dourine qu'*une paraplégie parfaitement caractérisée*, ne pouvait lui reconnaître un caractère contagieux. Pour lui, « le coït n'est qu'une cause tout à fait exceptionnelle, n'ayant pas l'importance qu'on a cru devoir y attacher tout d'abord. La valeur qu'on lui a donnée, dit-il, vient de ce que c'était la seule qui frappât les yeux, *en raison de la rapidité avec*

laquelle la maladie semblait succéder à la cause présumée, et alors les Arabes lui attribuaient des propriétés contagieuses » qui, dans l'opinion de l'auteur, sont purement imaginaires.

De même encore, la commission de Tarbes, composée de praticiens, médecins et vétérinaires, très-éclairés, se montra *unanime* pour proclamer *l'absence absolue* de la contagion. Elle n'a recueilli aucun fait établissant « qu'un animal malade ait communiqué la maladie à d'autres animaux habitant la même écurie, mangeant au même râtelier, buvant à la même auge. » Elle a fait saillir par un vieil étalon sain une jument très-malade ; la saillie a été répétée dix fois en 18 jours, et 35 jours plus tard ce cheval jouissait d'une bonne santé. Elle a inoculé la matière de l'écoulement vaginal d'une jument gravement affectée *à la jument elle-même* et *à des brebis*, et le résultat a été complétement négatif.

Enfin, Jessen, de Dorpat, au nom d'une commission chargée d'étudier cette affection qui a sévi sur les haras impériaux de la Russie à Chraenovoï, déclarait en 1860 que *le coït a dû être pour peu* dans la propagation du mal, attendu que les organes génitaux n'étaient pas toujours le point de départ de celui-ci, et « *qu'il n'y a pas eu de cas où l'affection se soit produite après l'accouplement*, » assertion qui nous étonne de la part d'un observateur et d'un savant aussi distingué que Jessen, et qui nous ferait presque croire que le traducteur n'a pas bien exactement rendu sa pensée.

Cependant l'idée de contagion conservait des partisans nombreux et autorisés. Hertwig, par exemple, rapporte de nombreuses observations desquelles il résulte que des étalons sains ayant couvert des juments malades sont devenus malades eux-mêmes de 2 à 8 jours après la copulation, et que des juments saines accouplées avec des éta-

lons malades ont contracté la maladie 2 à 3 jours après le coït.

Il cite même une expérience dans laquelle il a pu faire développer la maladie avec tous ses caractères sur une jument âgée de 12 ans, par le dépôt sur la muqueuse vulvaire de la matière de l'écoulement vaginal d'une autre jument malade. Il convient, du reste, que l'inoculation échoue le plus souvent.

Rodloff, de son côté, après avoir fait connaître l'opinion de Strauss, déclare que quiconque a pu étudier la maladie telle qu'elle s'est présentée en 1835 et 1836 en Silésie et en 1840 dans le duché de Posen ne pourra s'y rallier ; et il justifie sa manière de voir par la marche de l'épizootie qu'il a observée dans cette dernière localité, où elle fut importée par *deux* juments atteintes d'écoulements vulvaires qui la communiquèrent aux étalons des circonscriptions de Sierakow et de Dambistch, lesquels la transmirent à leur tour à 106 juments, dont 52 périrent. Il ajoute une autre remarque qui n'est pas sans importance. Rekleben, appelé à étudier cette affection en Lithuanie en 1801, avait avancé que plusieurs chevaux hongres en avaient été atteints ; or, Rodloff, qui a pu consulter les documents officiels de l'époque, où le dénombrement des malades est donné par *sexe*, Rodloff *n'y pas trouvé de chevaux hongres*.

Au surplus, la croyance à la contagion est si bien et depuis si longtemps accréditée en Prusse, qu'il existe une ordonnance du gouvernement prussien remontant à 1840, prescrivant les mesures les plus sévères contre les reproducteurs atteints ou seulement *suspects* de cette affection, mesures qui paraissent avoir été adoptées depuis par la plupart des États de l'Allemagne.

J'ai dit plus haut pour quelles raisons et sur quelles preuves la commission de Tarbes niait la contagion; ces raisons et ces preuves n'ont pas paru convaincantes à

A. Yvart, inspecteur général de nos écoles, que le ministre de l'agriculture avait chargé d'une mission ayant pour objet l'étude de la maladie qui sévissait alors dans les Hautes-Pyrénées.

« Ces expériences, dit-il, établissent des présomptions en faveur de l'opinion qu'elle soutient, mais elles ne constituent pas des preuves suffisantes. De ce qu'un cheval a pu couvrir impunément deux juments malades, on ne peut inférer que la maladie n'est pas contagieuse. Il n'existe aucune maladie qui soit toujours contagieuse. » Et il ajoute :

« L'épizootie s'est montrée sur les juments de la plaine de Tarbes pricipalement en avril, mai, juin et juillet 1851 ; la maladie a sévi à cette époque sur la plupart des étalons de la station de Tarbes. Après le mois de juillet, les autres étalons sont rentrés au dépôt, et quelques-uns y ont fait un petit nombre de saillies, alors que l'épizootie existait encore chez les juments de Tarbes ; *ces étalons sont devenus malades en juillet, août et septembre.* »

Puis il trace, avec cette sûreté de coup d'œil, cette sagacité qu'il possédait à un degré si éminent, tout un plan d'expériences propres à juger définitivement cette question de contagion, si grave, si importante, et alors si controversée. On objectait, en effet, que si les étalons de Tarbes envoyés en station n'étaient devenus malades qu'après leur rentrée au dépôt, c'est qu'ils y avaient rencontré à leur retour cette influence épizootique inconnue qui l'engendrait, influence existant dans l'arrondissement de Tarbes et non ailleurs. « Pour distinguer l'effet de ces deux causes, l'influence épizootique et celle de la contagion, dit Yvart, il faut absolument les isoler. Si, par exemple, quelques étalons malades du dépôt de Tarbes eussent été envoyés à l'École vétérinaire de Toulouse, et qu'on leur eût fait couvrir des juments d'artillerie que l'on suppose devoir être réformées dans l'année, cette affaire eût été élucidée sans

beaucoup de dépenses, et l'on saurait expérimentalement jusqu'à quel point sont fondées les idées des Allemands sur la contagion. » Et il termine son rapport en demandant « que des expériences faites dans les meilleures conditions, et publiquement suivies par des hommes compétents et impartiaux, dans des localités où ne règne pas la maladie, viennent mettre hors de doute son caractère contagieux ou non contagieux. »

Ces conclusions du lumineux rapport de l'inspecteur géneral des écoles vétérinaires furent adoptées par le ministre ; les expériences demandées furent ordonnées ; elles eurent lieu à l'École de Toulouse (1853-1854), sous la direction de MM. Prince, directeur de l'école, et Lafosse, professeur de clinique. Ce sont ces expériences que je vais vous faire connaître maintenant.

Expérience de Toulouse. — Quatre étalons, malades à divers degrés et depuis plus ou moins longtemps, furent donc envoyés de Tarbes à l'École de Toulouse. Quinze juments, reconnues parfaitement saines, prises dans le 8e d'artillerie et le 4e de hussards, furent livrées à ces étalons pour être saillies dans ce nouveau milieu où la maladie du coït n'existait pas et n'avait jamais existé. Sur ces quinze juments, cinq paraissent être sorties de l'épreuve parfaitement indemnes ; cinq ont contracté la maladie, mais à un faible degré, et ont guéri spontanément ; enfin, cinq ont été très-gravement atteintes, et l'on a vu se dérouler chez elles tous les symptômes que vous connaissez ; quatre ont succombé ; la cinquième s'est rétablie, mais lentement et imparfaitement.

Ainsi, la maladie se transmet de l'étalon à la jument, il n'y a pas de doute ; elle se transmet même avec une grande facilité : 10 fois sur 15 au moins, c'est-à-dire dans les 2/3 des cas. Restait à démontrer, ce qui du reste était trop fa-

cile à prévoir, qu'elle se transmet également de la jument à l'étalon.

A cet effet, deux chevaux entiers, dont la santé ne laissait rien à désirer, pris dans le dépôt de Villeneuve, où la Dourine n'avait pas encore été signalée, furent envoyés à l'École de Toulouse, et on leur fit saillir un certain nombre de fois les juments devenues malades à la suite des expériences précédentes.

L'un de ces chevaux, Kazan, à la suite de ces rapports, n'a eu qu'une indisposition assez légère, s'accusant par des symptômes assez peu significatifs, tels qu'engorgement léger du fourreau, jetage peu abondant par la narine droite, claudication peu intense d'un membre antérieur, disparaissant spontanément pour reparaître et disparaître encore il est difficile aujourd'hui de ne pas reconnaître à ces symptômes une atteinte, légère à la vérité, de la maladie du coït; mais alors on pouvait s'y tromper, et nous concevons la réserve dans laquelle MM. Lafosse et Prince se maintiennent à cet égard. Mais pour le second, Jéricho, le doute n'est pas possible : il n'a pas tardé à montrer, en effet, des signes évidents de la maladie du coït, laquelle a pris chez lui la forme la plus grave, a marché d'une manière relativement rapide, et s'est terminée par la mort, après 160 jours.

Ainsi, voilà qui est maintenant démontré directement par l'expérimentation faite dans les conditions les plus propres à lever toutes les incertitudes : la Dourine est une maladie contagieuse, transmissible, par la voie du coït, du cheval à la jument et de celle-ci au cheval. Reste à démontrer la seconde partie de la proposition que j'énonçais il n'y a qu'un instant, au début de cette leçon, à savoir : que cette maladie se propage *exclusivement* par voie de contagion.

En abordant cette question, je dois vous faire bien remarquer tout d'abord qu'il ne s'agit point ici de discuter d'une

manière générale la *spontanéité* ou la *non-spontanéité* de toutes les maladies virulentes, mais celle de la *Dourine* exclusivement. Je veux cependant faire justice, une fois pour toutes, d'une objection qu'on ne manque jamais de nous opposer toutes les fois qu'on discute cette grande question de la spontanéité, bien qu'elle soit absolument sans valeur.

On nous dit : « Mais enfin, cette maladie, ou ces maladies, dont vous contestez le développement actuel autrement que par contagion, il a bien fallu qu'elles naquissent au moins une fois spontanément ; pourquoi ce qui a pu, ce qui a dû forcément se produire *une fois* dans le passé ne se reproduirait-il plus maintenant ? » En vérité, messieurs, j'ai presque honte d'être obligé de réfuter de pareilles... raisons ; mais il le faut bien, puisqu'on ne se lasse pas de les produire en toute occasion comme un argument *irréfutable*.

Oui, sans doute, il a fallu que la première maladie virulente naquit une fois sans virus préexistant, comme il a fallu que le premier type de tout ce qui existe et *se reproduit* dans la nature naquît une première fois sans *germe antérieur*. S'ensuit-il que *maintenant* il en doive être encore de même ? Le premier épi de ce grain qui sert aujourd'hui d'aliment principal, essentiel à l'espèce humaine, sous presque toutes les latitudes du globe, a dû, lui aussi, naître un jour avant tout grain de blé préexistant (à moins pourtant que ce ne soit le grain de blé qui ait précédé l'apparition du premier épi, ce qui ne change rien à la question) ; cela empêche-t-il que partout où nous voyons aujourd'hui un épi de froment nous sommes en droit de dire : « Ici un grain de blé a été déposé dans le sol ? » Eh bien ! je dis qu'*il en peut très-bien être de même* pour les maladies virulentes, en général, et la Dourine en particulier.

Je ne dis pas que *cela est*, je dis que rien ne s'oppose à

ce que cela soit, et que nous sommes autorisés *à chercher si cela est.*

La science ne nous apprend rien sur l'origine première des choses, ce n'est point là sa mission. Son domaine, c'est l'étude des faits et des phénomènes naturels, tels que nous les constatons aujourd'hui. Lors donc qu'on nous oppose cet argument : « Pourquoi tel virus on telle maladie ne se produiraient-ils plus spontanément aujourd'hui, puisqu'ils ont dû se produire autrefois ? » Je dis que c'est là un argument de nulle valeur scientifique, auquel nous sommes en droit de répondre en demandant : « Pourquoi le blé, ou telle autre plante qu'il vous plaira, ne se produit-t-il plus spontanément de nos jours ? »

En voilà, je pense, assez sur cette question.

Revenons à notre sujet, et voyons si la Dourine procède en réalité d'une autre cause que de la contagion.

Pour les non-contagionistes, bien entendu, cela ne fait pas l'objet d'un doute. Du moment que la maladie n'est pas contagieuse, il faut bien qu'il existe certaines causes capables de la produire ; et pour ceux-là même qui admettent ses propriétés contagieuses, il en est un bon nombre qui ne font nulle difficulté d'admettre son développement de toute pièce, sous certaines influences qu'ils n'hésitent pas à considérer comme les causes efficientes de la maladie.

Quelles sont donc ces influences ?

On a tour à tour invoqué celles des milieux ambiants : l'air, les lieux, le sol, les temps orageux, les saisons pluvieuses, les mauvaises conditions hygiéniques, les écuries malsaines, les fourrages altérés, mal récoltés, produits dans des années de sécheresse sur un sol marécageux ; influences auxquelles viennent se joindre les conditions atmosphériques troublant les fonctions de la peau (Rodloff) ; une alimentation insuffisante, trop aqueuse, l'usage immodéré de certaines plantes, comme le trèfle incarnat, ayant vé-

gété sur un sol trop souvent irrigué (commission de Tarbes); la transition brusque d'un régime peu nutritif à l'abondance jointe aux brusques variations de la température auxquelles sont exposés sans précautions les animaux (Signol); les soins trop minutieux, au contraire, dont on entoure les reproducteurs, leur *élevage en serre chaude*, d'où résulte une impressionnabilité excessive aux influences extérieures et l'abâtardissement des races (Strauss).

Mais ce sont là des causes trop générales pour qu'elles puissent, à elles seules, produire la maladie; tout au plus peut-on leur accorder une influence prédisposante. Aussi cherche-t-on autre part des causes plus directes : telles sont le trop jeune âge des animaux reproducteurs, l'habitude vicieuse de faire couvrir les juments trop tôt après le part (Signol); « une disposition héréditaire, un état catarrhal ou des exanthèmes cutanés habituels, indices d'une dyscrasie lymphatique, lesquels, se combinant avec l'acte du coït, déterminent, par l'éveil de la sensibilité générale, par l'excitation locale, par la friction des organes sexuels, l'évolution primaire de la maladie » (Rodloff); « le coït successivement exercé par plusieurs mâles avec la même femelle, ou l'*innervation* que le coït réitéré détermine chez les étalons prédisposés, surtout chez ceux qui sont faibles, trop jeunes, mal nourris ou soumis à un travail excessif », d'où résulte « une atteinte profonde aux forces vitales, en même temps qu'une vive excitation aux organes sexuels » (Vital); « une altération des humeurs fournies par les organes de la génération » se produisant pendant l'acte même du coït « sous l'influence de l'agent ou force de l'influx nerveux ou vital qui s'accumule aux organes génitaux en conjonction » (Lafosse); « l'épuisement nerveux résultant d'un coït souvent répété » (divers), ce qui est formellement démenti par les observations précises et très-concluantes de M. Viardot, etc., etc.

En jetant un coup d'œil sur ces opinions si diverses, souvent si contradictoires, que j'ai tenu à citer textuellement, on voit que les unes ne sont que de pures hypothèses, auxquelles leurs auteurs eux-mêmes n'attachent pas souvent une grande importance, avouant qu' « elles n'ont pas la valeur d'une démonstration basée sur des élements tangibles et rigoureusement subordonnés les uns aux autres » (Lafosse); que ce ne sont tout au plus que des inductions « plus ou moins plausibles » (Vital), ce qui nous dispense évidemment d'une réfutation en règle, — tandis que les autres ne sont qu'un ramassis de causes banales, absolument sans valeur pour expliquer l'apparition de la maladie dans une localité déterminée.

Pour réduire à sa juste valeur toute cette étiologie spontanéiste, ne suffit-il pas, en effet, de faire remarquer :

1° Que la maladie s'est montrée à des époques variées, sur des animaux de race et de constitution les plus diverses, sous les climats les plus opposés : en Allemagne, en Pologne, en Russie, en Bohême, en France, en Algérie, en Syrie; d'où cette conclusion que ni la race, ni le climat n'ont aucune influence sur son développement ;

2° Que les infractions aux règles de l'hygiène auxquelles on l'attribue, la mauvaise alimentation, l'insalubrité des écuries, l'abus des reproducteurs, etc., sont de tous les temps et de tous les lieux; que si ces conditions, quelque mauvaises qu'elles soient, avaient le pouvoir qu'on leur attribue, la maladie devrait se montrer partout et toutes les années, comme se montrent effectivement les affections sporadiques, pneumonie, entérite, hépatite, etc., que ces dérogations aux lois de l'hygiène ont véritablement le pouvoir de produire ;

3° Que, bien loin qu'il en soit ainsi, on voit la Dourine apparaître tout à coup dans une localité où elle était jusque-là inconnue, exercer ses ravages pendant un an ou

plus, *tant qu'on ne prend contre elle aucune des mesures de police sanitaire propres à empêcher sa propagation*, puis qu'elle disparaît, *à la suite de ces mesures*, jusqu'à ce que la cause qui l'avait introduite l'y réintroduise de nouveau ;

4° Que, de l'aveu des hommes qui ont le mieux étudié cette affection, « le voile qui enveloppe la cause occasionnelle de la Dourine *spontanée* est aussi épais que celui qui nous cache le travail de la génération elle-même » (Viardot) ;

5° Que cette cause, quand on sait la chercher, on la trouve dans l'*importation d'un étalon étranger ;*

6° Que c'est de cette manière qu'elle s'est introduite deux fois en moins de dix ans dans le département des Hautes-Pyrénées ; une première fois, en 1851, à la suite de l'importation de l'étalon Méhédy, venant de Syrie, qui a été reconnu comme ayant été le point de départ de cette affection *jusqu'alors inconnue dans la plaine de Tarbes* (commission de Tarbes) ; une seconde fois, en 1860, par l'étalon *Chibin*, également acheté en Syrie, lequel a été la cause *unique* de cette seconde invasion (Trélut) ;

7° Que toutes les fois que cette affection règne, « il est possible, en général, de ramener d'une manière très-précise l'infection des juments à l'intervention d'un petit nombre d'étalons » (Röll), de même qu'il est facile de la faire cesser par l'interdiction absolue de la saillie à tous les reproducteurs, mâles et femelles, atteints ou suspects de la maladie.

De tous ces faits d'une vérité incontestable, il résulte pour moi, avec la dernière évidence, que la Dourine n'a qu'une seule cause *connue :* LA CONTAGION ; que toutes les autre auxquelles on a cru pouvoir l'attribuer sont plus que problématiques, et que, en pratique aussi bien qu'en théorie, il n'y a pas à en tenir compte. Aussi, vous dirai-je, sans hésitation aucune, en forme de conclusion :

Si, dans le cours de votre pratique, vous êtes appelés à

voir cette singulière affection, cherchez bien, et vous trouverez certainement qu'elle n'est point une maladie autochtone née des influences locales, mais, au contraire, une maladie exotique, importée, à l'origine de laquelle il vous sera toujours possible de remonter, si vous apportez à cette recherche étiologique le soin, l'attention et la perspicacité qu'elle réclame.

Cette question principale vidée, il nous en reste d'autres à examiner, moins importantes sans doute, mais dignes cependant d'un sérieux examen : Quel est le véhicule du virus ? Par quel mode s'effectue la contagion ? Combien de temps dure la période d'incubation ? Pendant combien de temps la maladie conserve-t-elle le pouvoir de se communiquer ? Ce sont ces questions que nous allons examiner pour terminer cette leçon.

Véhicule du virus. — Puisque c'est par l'acte de la génération que la maladie se communique, c'est évidemment dans les fluides sécrétés par les organes génitaux, que réside le virus ; dans le mucus vaginal et probablement utérin chez la jument ; dans le mucus uréthral, le liquide prostatique, et peut-être le fluide séminal lui-même chez l'étalon. On a bien fait quelques tentatives pour s'assurer si d'autres liquides de l'économie jouissaient de propriétés virulentes, mais pas assez suivies ni assez variées pour qu'on puisse en tirer dès maintenant des conclusions certaines.

Mode de contagion. — C'est par les rapports sexuels exclusivement que, dans les circonstances ordinaires, s'opère la contagion. Cependant on admet en Allemagne que des juments malades peuvent aussi transmettre la maladie à d'autres juments voisines, *si le contact des organes génitaux est possible* (Röll). Les manipulations du pansage avec des éponges salies par la matière de l'écoulement vulvaire et portées ensuite sur les parties génitales de juments

saines auraient été également, dans quelques cas, un moyen de contagion (Haubner). Du reste, le virus est absolument fixe, et c'est avec raison que la commission de Tarbes a insisté sur ce fait qu'on n'a jamais vu « qu'un animal ait communiqué la maladie à d'autres animaux habitant la même écurie, mangeant au même ratelier, buvant à la même auge. »

La Dourine peut-elle se transmettre par *inoculation ?* De nombreuses tentatives ont été faites pour élucider cette question : par la commission de Tarbes, par MM. Lafosse, Rodloff et d'autres encore, et presque toutes ont donné un résultat négatif. Nous avons fait nous-mêmes quelques expériences à ce sujet, et vous le savez, jusqu'ici nous n'avons pas été plus heureux. Ne nous hâtons pas de conclure, cependant ; il se peut très-bien que les insuccès dépendent tout simplement de ce qu'on n'a pas pu ou su prendre le virus là où il existe réellement. Ce qui tend à le prouver, c'est que Hertwig a réussi une fois à transmettre de cette manière la maladie à un vieil étalon, qui devint tellement malade qu'il dut être abattu. Cette expérience, jusqu'ici unique, est trop intéressante pour que j'hésite à la reproduire *in extenso*, d'après la traduction française qu'en a donnée Werheyen dans le *Recueil*, année 1855.

« J'inoculai, dit Hertwig, sur le gland d'un étalon noir, de race commune, âgé de quinze ans, que la fluxion périodique avait privé de la vue, qui du reste était sain, la matière verdâtre s'écoulant en abondance par la vulve d'une jument malade depuis deux mois. L'inoculation eut lieu par friction. Une observation de deux mois ne fit pas découvrir de changements dans l'organe touché par la matière morbide ; l'état général de l'animal n'éprouva pas de perturbation.

« Par contre, une jument noire, âgée de 12 ans, qui, hormis des éparvins, était saine, présenta ces phénomè-

nes : le 3e jour après une simple onction du tégument externe et du bord interne des lèvres, ainsi que de leur muqueuse et de celle du vagin, il se manifesta une coloration rouge foncée, et dans les 48 heures, il s'y forma des taches isolées encore plus foncées, presque lie de vin, d'un demi-pouce de diamètre. Le mucus blanc, visqueux, d'une jument saillie 20 jours auparavant et malade depuis 14 jours, avait servi à l'expérience. En même temps que ces phénomènes locaux se déclarèrent, la muqueuse était légèrement tuméfiée, la chaleur avait à peine augmenté ; les lèvres étaient sensibles. Du 6e au 9e jour, il se forma sur le tégument externe des lèvres, ainsi que sur la muqueuse vaginale, plusieurs phlyctènes ; elles étaient jaunâtres, très-molles, circulaires, du volume d'un grain de millet à celui d'un petit pois ; au bout de 12 à 16 heures, quelques-unes se transformèrent en petits ulcères, de la dimension des vésicules ; ils étaient très-superficiels, d'un rouge pâle, presque blanc au centre et entourés d'une auréole rouge foncée, étroite ; d'autres vésicules persistèrent durant 36 heures sans changement. L'ulcération paraissait se faire par le simple ramollissement et la chute de l'épiderme. Au bout de 9 jours, la formation des vésicules eut un terme, la muqueuse pâlit insensiblement ; quelques taches rouges persistèrent, ainsi que des ramuscules veineux. Le 2e jour, la jument avait été prise d'un léger abattement ; les oreilles et les membres étaient froids au toucher ; l'appétit n'avait pas souffert ; la circulation et la respiration ne donnèrent pas lieu à des remarques. Dès le 4e jour, la sécrétion muqueuse du vagin avait augmenté ; blanche d'abord, elle devint ensuite jaunâtre ; les ulcères se cicatrisèrent en laissant après eux des taches blanches ; les ganglions inguinaux s'engorgèrent ; des tuméfactions circulaires, aplaties, se manifestèrent à la peau ; les mouvements étaient ten-

dus, gênés, avec des claudications alternatives des membres postérieurs et un amaigrissement général. Ainsi en dix semaines la maladie du coït s'était développée avec ses phénomènes essentiels. L'animal à cette période fut sacrifié. »

Nous avons fait nous-mêmes, vous le savez, plusieurs tentatives d'inoculation, soit à la lancette, soit par le simple dépôt de la matière supposée virulente sur la muqueuse des organes génitaux. Ces tentatives sont restées jusqu'ici sans succès apparent. Nous avons même tenté la *transfusion du sang*, en faisant passer directement de la veine jugulaire de l'étalon *Kounia* dans celle d'un cheval d'expérience, entier, vieux, mais d'ailleurs bien portant, une certaine quantité de sang. Cette transfusion a été pratiquée le 26 février. Elle a été très-bien supportée. Un moment, nous avons pu croire qu'elle allait nous donner un résultat positif : nous trouvions que notre sujet d'expérience avait les testicules un peu enflés ; mais, en définitive, le résultat a été négatif, et notre cheval, sacrifié le 5 avril, n'a présenté, à l'autopsie, aucune lésion que nous ayons pu rapporter à la Dourine.

Incubation. — Quoi qu'il en soit, pour la Dourine comme pour toutes les autres maladies virulentes, un certain temps s'écoule entre le moment où le virus a été mis en rapport avec les vaisseaux absorbants et celui où la maladie se manifeste par des symptômes saisissables. Mais ce temps est difficile à fixer ; d'abord, parce que, comme pour la plupart des autres maladies virulentes, il peut varier, et sans doute dans d'assez larges limites, ensuite parce que les premières manifestations de la Dourine sont souvent obscures, et difficiles à saisir, même pour l'observateur le plus attentif. Cependant nous allons résumer en peu de mots ce que nous apprennent à cet égard les auteurs les plus compétents.

Chez la jument, les premiers symptômes se seraient

montrés de 2 à 3 jours après l'accouplement, le 4e après l'inoculation (Hertwig); du 7e jour au 60e après le coït infectant (Lafosse, expérience de Toulouse); du 8e au 14e (Rodloff); du 8e jour au 60e (Maresch). L'incubation paraît même pouvoir être plus longue encore, d'après Haubner.

Chez l'étalon, on ne sait rien de positif, sinon que la maladie peut être chez lui pendant fort longtemps latente, ce qu'on reconnaît à ce qu'il infecte les juments qu'il saillit, alors même qu'il paraît jouir d'une santé parfaite. Dans les expériences de Toulouse, la durée de la période d'incubation n'est pas indiquée pour l'étalon qui fut contaminé. On pourrait la fixer à 11 jours en supposant que le premier coït ait été infectant. C'est tout ce que nous pouvons dire pour le moment sur ce point.

Durée de la période de virulence. — Évidemment, pour la Dourine comme pour toutes les autres maladies virulentes, tant qu'il y a *maladie*, celle-ci est susceptible de se transmettre ; mais tandis que pour les autres il est, en général, facile de fixer le moment où l'animal peut être déclaré *guéri*, il n'en est pas de même pour la Dourine. Sa fin comme son commencement est environnée d'obscurité. Aussi, ne sait-on rien de positif sur l'époque à laquelle un animal qui en a été atteint cesse d'être dangereux pour celui avec lequel on l'accouple. Haubner admet qu'il peut l'être encore un an et plus après la guérison apparente. L'ordonnance prussienne du 22 septembre 1840 porte : *Art.* 1er, que tout cheval « atteint ou suspect de la maladie et qui n'est pas guéri *depuis* 3 *ans* est exclu de la monte ; » ce qui veut dire que, dans l'opinion des hommes compétents qui ont inspiré cette ordonnance, il faut au moins ce temps-là pour avoir la certitude qu'il n'y a plus de danger.

Aussi, et c'est par cette réflexion que je terminerai cette leçon, en raison de l'incertitude où nous sommes encore relativement au temps plus ou moins long pendant lequel

la virulence peut persister après la guérison apparente ; en présence de ce fait bien avéré que des étalons bien portants en apparence ont pu contaminer des juments qu'on leur avait données à saillir (voir les expériences de Toulouse) ; convaincu comme je le suis, que cette affection se propage *uniquement* par voie de contagion, je voudrais que tout étalon reconnu atteint de la maladie du coït fût sans rémission condamné à subir la castration, et que toute jument qui serait dans le même cas, fut marquée au fer chaud et éloignée de la reproduction au moins pendant 2 ans après sa guérison.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Application des sciences a la médecine, par le Dr Edouard Fournié, médecin à l'Institut national des sourds-muets. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cie, 1878.

Bien que cet ouvrage ne s'adresse pas directement aux lecteurs spéciaux de cette Revue, nous croyons devoir néanmoins le leur signaler. En publiant des notes recueillies depuis plusieurs années et relatives aux découvertes qui se font chaque jour dans toutes les branches de notre art, l'auteur a cru qu'il rendrait de la sorte un véritable service à ceux de ses confrères que les exigences de la pratique journalière détournent de plus en plus des recherches et des lectures théoriques. C'est assurément une idée fort généreuse, mais la manière dont ces documents sont exposés et analysés, lui permet-elle de remplir tous ses engagements? Nous ne le croyons pas. Que M. Fournié nous permette donc quelques critiques à ce sujet : elles ne peuvent faire de tort à l'ensemble de son ouvrage et peut-être lui seront-elles de quelque utilité pour une prochaine édition. Le plan général de ce livre est des plus simples. Dans autant de divisions principales, l'auteur étudie successivement les applications de l'anatomie et de la physiologie, puis celles de la physique, de la chimie, enfin de la botanique et de la zoologie.

Comme il est facile de le comprendre, la section consa-

crée aux applications de l'anatomie et de la physiologie a reçu un développement considérable en rapport avec son importance même. Aussi l'auteur a-t-il cru devoir nous faire le tableau des variations qui se sont produites depuis l'origine dans l'évolution de ces deux sciences, qui ont excercé parallèlement une si grande influence sur les progrès ultérieurs de la médecine. Cet exposé lui a paru surtout utile dans un moment où, dit-il, l'histoire de notre art semble délaissée. Nous ne saurions admettre une pareille affirmation et nous ne pouvons pas plus accorder à M. Fournié d'avoir comblé cette lacune. Son historique, depuis les temps les plus reculés jusqu'au commencement du dix-neuvième siècle, ne donne pas de renseignements plus étendus que ceux qu'on trouve dans les ouvrages les plus élémentaires de littérature ou d'histoire étrangers à notre art, et mieux eut valu renvoyer le lecteur aux traités classiques de Daremberg ou de Bouchut.

C'est à dater seulement de Bichat, qu'il nous paraît être véritablement maître de son sujet. Se basant cette fois sur des recherches critiques très-approfondies, il s'efforce de maintenir intacte la priorité des découvertes de ce grand homme et de ses disciples en France. Il démontre avec toutes les preuves à l'appui, que l'histologie est bien une science française et qu'on a fait beaucoup trop d'honneur à Schwann et à Schleiden en les plaçant à côté du fondateur de l'Anatomie générale. Poursuivant plus loin ses appréciations dans cette voie, il déplore avec raison l'engouement de notre époque pour les travaux de l'école allemande, qui n'ont pas un mérite aussi grand que le prétendent certains esprits passionnés. Nous ne pouvons malheureusement pas le suivre dans l'énumération qu'il nous fait de toutes les découvertes physiologiques contemporaines et de leurs applications. M. Fournié a su intercaler un grand nombre de gravures au milieu de son texte et cela avec beaucoup de bonheur dans le choix et

d'avantages pour la clarté de ses descriptions. Mais là, comme dans l'ensemble de son ouvrage, nous lui reprocherons d'avoir manqué de mesure dans l'étendue même de ses diverses parties. Tels sujets sont traités avec tout le luxe de détails désirable, tandis que d'autres sont tout à fait écourtés. Ainsi à l'article transfusion du sang, nous ne trouvons même pas mentionnés les résultats si intéressants obtenus par Geselius, Hasse et Worm Muller. L'auteur s'en tient encore aux travaux et aux instruments de Moncoq aujourd'hui si largement dépassés ! Les questions afférentes à la pathologie cérébrale sont particulièrement étudiées et avec beaucoup d'autorité par un spécialiste de la valeur de M. Fournié. Néanmoins, il est regrettable de le voir si peu conciliant sur un terrain qu'il croit par trop lui appartenir exclusivement. A propos d'un médecin des plus distingués qui se refuse à adopter sa théorie, d'ailleurs très-discutable, des suppléances cérébrales, nous avons été peinés de lire la phrase suivante : « Il n'y a pas de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre. » Nous avons été également surpris de la façon cavalière dont étaient traitées les opinions du professeur actuel du Collége de France relativement à la physiologie des hémisphères cérébraux. En ce qui concerne les résultats obtenus expérimentalement par les injections interstitielles de liquides irritants dans les centres nerveux, l'auteur a l'air de s'étonner que ses propres tentatives n'aient pas donné lieu à de nouvelles recherches. Il est pourtant aujourd'hui reconnu qu'il s'agit là d'une méthode fautive et qu'elle expose à toutes sortes de chances d'erreur. Quoi qu'il en soit, nous le répétons encore, c'est principalement sur les question relatives aux fonctions des centres nerveux qu'il est surtout intéressant de suivre M. Fournié et de méditer ses raisonnements. Il y a dans ses déductions une précision et une rigueur qui rappellent jusqu'à un certain point la méthode des psychologistes écossais

et de notre Royer-Collard, bien qu'il soit difficile de savoir quelle est au fond son opinion sur les principes. Pour lui, comme pour le plus grand nombre des philosophes, la fonction langage (c'est ainsi qu'il désigne cette faculté), différencie l'homme de la brute. La bête ne pense pas, parce qu'elle est privée des signes du langage. Elle sent les causes impressionnantes, mais là se borne chez elle le phénomène, tandis que l'homme sent les rapports qui existent entre ces causes et il formule cette manière de sentir dans le signe langage. C'est pourquoi, ajoute-t-il (p. 348), la pensée est un acte qui ne peut s'exercer avant la réalisation extérieure du mot. « L'acte et le mot sont contemporains ou plutôt ils représentent deux moments inséparables d'un même phénomène. » Il est singulier de voir à près d'un demi-siècle de distance, un physiologiste proclamer, de par la science, la vérité du fameux axiome de M. de Bonald qui prétendait que l'homme devait primitivement penser sa parole avant de parler sa pensée. Mais il est temps de nous arrêter ici malgré l'extrême intérêt qui s'attache aux questions de ce genre. Nous ne saurions cependant terminer cette analyse sans recommander au lecteur les autres parties de cet ouvrage qui nous donnent un exposé fidèle de l'état actuel de nos connaissances relatives aux divers sujets dont nous avons donné plus haut l'énumération, mais qui ne présentent rien d'original à mentioner tant au point de vue des faits en eux-mêmes que de leur mode d'exposition.

HUMBERT MOLLIÈRE,

Médecin des hôpitaux de Lyon.

Étude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire, par le Dr V. de Fourcauld. — Thèse de Paris, 1877, chez A. Violet.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° A la période secondaire de la syphilis, le col de l'utérus prend souvent une teinte rouge violacé, à laquelle succède de l'hypertrophie ;

2° Cette hypertrophie se produit surtout aux dépens du diamètre transverse, et très-peu aux dépens du diamètre antéro-postérieur. C'est une hypertrophie en massue ;

3° Elle produit dans presque tous les cas une ulcération qui n'entame pas le col. C'est une abrasion de l'épithélium ;

4° Elle apparaît à la même époque que les autres accidents secondaires ;

5° Elle est fréquente (un peu plus de 48 0/0).

6° Comme les divers accidents, elle est susceptible de récidiver ;

7° Elle coexiste fréquemment avec l'hypertrophie secondaire des amygdales signalée par Tanturri de Naples (près de 66 0/0) ;

8° Cette lésion ne donne lieu à aucun trouble sensible de l'appareil utéro-ovarien ;

9° L'exulcération est contagieuse ;

10° La lésion disparaît assez rapidement sous l'influence du traitement mercuriel.

11° Le traitement local n'a qu'une importance secondaire.

La troisième livraison de l'*Atlas of skin diseases*, par le Dr L. Duhring contient quatre planches : eczéma squameux, syphilide érythémateuse, purpura simple, syphilide papu-

leuse et pustuleuse. Ces planches sont, croyons-nous, encore supérieures à celles des deux précédentes livraisons par la précision du dessin et l'exactitude du coloris. Le texte qui accompagne chaque planche contient un court résumé clinique du cas qui est représenté, des remarques intéressantes sur l'étiologie, le diagnostic différentiel et le traitement.

NÉCROLOGIE

La mort de M. Bazin, l'éminent dermatologiste, est — toutes les opinions s'accordent à le reconnaître — une grande perte pour la médecine française. Observateur sagace, généralisateur ingénieux et profond, il avait toutes les qualités d'un véritable chef d'école. Par ses travaux incessants, par son enseignement clinique si populaire, il a fait faire de grands progrès à l'étude des maladies de la peau. M. Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous communiquer la notice qu'il a consacrée, dans la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, à l'appréciation de l'œuvre si originale et si importante de notre regretté confrère. Nous nous empressons de la publier aujourd'hui, en nous associant du fond du cœur aux sentiments qui y sont exprimés avec une large impartialité et une grande hauteur de vues.

ÉLOGE

DE P.-A.-E. BAZIN

Lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du vendredi 27 décembre 1878,

par M. Ernest Besnier, *secrétaire général.*

Pierre-Antoine-Ernest Bazin est né le 20 février 1807, à Saint-Brice-sous-Bois, près Montmorency (Seine-et-Oise), où son père exerçait la médecine; sa mère était fille de médecin. Il fit ses humanités dans un pensionnat, à Montmorency, prit ses grades universitaires, et vint étudier la médecine à Paris, où il ne tarda pas à marquer sa place et son rang. Agé seule-

ment de 21 ans, il fut nommé interne, le dixième, au concours de 1828, et, à la fin de ses quatre années d'exercice, il s'était mis au premier plan et avait remporté la médaille d'or au concours de 1832; ses deux années complémentaires d'internat furent entièrement occupées à l'observation clinique et à la préparation des concours supérieurs, pour lesquels il était hautement désigné.

Le 21 août 1834, il prenait le grade de docteur, et soutenait sa thèse inaugurale sur les *lésions du poumon considérées dans les fièvres dites essentielles ;* cette dissertation est une œuvre de médecin, non d'élève ; l'homme y apparaît tout entier dans la forme de l'idée et dans le ton de l'argumentation ; il a choisi sa doctrine, fixé sa philosophie, et déjà il ne craint pas de s'élever contre ce qu'il appelle les empiétements de l'anatomie pathologique. « L'anatomie pathologique, s'écrie-t-il, cultivée avec tant de soin dans ces dernières années, a sans aucun doute enrichi les sciences médicales de découvertes utiles ; mais n'est-elle pas allée trop loin en prétendant fixer en quelque sorte la nature et le siége du plus grand nombre des maladies ? » Son talent d'observation et la précision de son jugement se montrent à chacune des pages de ce travail remarquable dans lequel il établit que la lésion commune du poumon, dans la fièvre typhoïde, n'est point une inflammation, au sens que l'on assignait alors à ce terme, mais une congestion spécifique.

L'année suivante, en 1835, Bazin prend part au concours ouvert à la Faculté pour cinq places d'agrégé ; il n'est pas du nombre des élus. Immédiatement après, en 1836, il remporte une éclatante revanche, et, à 29 ans, il est nommé médecin du Bureau central, au concours, le premier de sa promotion, qui comportait six nominations.

En 1838, il reparaît au concours de l'agrégation avec toutes les qualités qui l'avaient mis au premier rang dans les concours des hôpitaux; ses épreuves sont remarquable et son succès paraît hors de doute; mais Bazin n'était pas doué de l'art de solliciter, il ne se soumettait à la formalité des visites de candidature que pour satisfaire aux objurgations de son père ; il avait, en outre, commis la très-grave imprudence de manifester librement son opinion en matière scientifique sur les hommes et sur les choses de son temps ; le scrutin ne lui fut pas favorable. Les agrégés furent Barth, Combette, Monneret, Nonat et Sestier. Bien des années plus tard, un des juges de ce concours avouait sans détour que l'exclusion de Bazin avait été le remords de sa vie !

Est-il vraiment juste et conforme à l'esprit de notre époque qu'une sélection aussi autoritaire et aussi absolue rejette ou consacre à tout jamais pour l'enseignement un homme au début de sa carrière ? La réponse à cette question n'a pas besoin d'être formulée.

Bazin était sans fortune ; il y avait déjà de longues années qu'il travaillait et qu'il luttait sans relâche contre toutes les dif-

ficultés de la vie dans l'âpre sentier de la médecine; aigri, rebuté, découragé, il lui fallait maintenant songer à l'impérieuse nécessité de gagner sa vie, et se livrer tout entier à la pratique; résolûment il entra dans la mêlée au milieu des conditions matérielles qui rendirent ses débuts extrêmement pénibles. Comment n'a-t-il pas succombé à cette épreuve, qui enlève à la science un si grand nombre d'intelligences d'élite faites pour mieux la servir? Comment a-t-il pu reparaître bientôt et conquérir par suite, de haute lutte, une situation scientifique de premier ordre, la plus élevée peut-être parmi les hommes de sa génération? Ce fut exclusivement par l'énergie de son carractère, la confiance inébranlabte en la bonté de sa cause, et par un travail sans relâche.

Quelque absorbé qu'il pût être par la nécessités de la vie nouvelle qui s'ouvrait à lui, il n'eut jamais un instant l'idée de rentrer dans l'obscurité, et, dès l'année 1839, il fondait l'*Institut médical*, journal scientifique et littéraire *in-folio*, qui a paru pour la première fois le 15 juillet 1839; étant connue la situation de fortune du fondateur, et quel que fût son talent, personne ne s'étonnera de savoir que, le 20 novembre de la même année, le journal avait cessé de paraître (1). Le *Répertoire des études médicales* qu'il publia plus tard eut le même sort problablement pour les mêmes raisons (2).

Ce fut seulement en 1841, six années après sa nomination au Bureau central, qu il arriva à l'hôpital de Lourcine où il séjourna trois années; puis il passa à l'hôpital Saint-Antoine, dont il fut également médecin durant trois années.

Enfin, après ce long stage, le hasard des mutations hospitalières, hasard vingt fois heureux, le porta à l'hôpital Saint-Louis, qui l'attirait vivement; il y avait été interne, élève de Biett, et il avait plus d'une fois assisté, sous les célèbres tilleuls, aux leçons d'Alibert!

En 1847, au moment où Bazin entra à l'hôpital Saint-Louis, la voix d'Alibert était depuis longtemps éteinte, et son plus éminent disciple, M. Hardy, n'avait pas encore pu reprendre la tradition du maître; cependant, l'enseignement de la dermatologie n'avait pas été interrompu dans cette merveilleuse Ecole de médecine pratique, qui sera la première Ecole dermatologique du monde le jour où les forces vives qu'elle renferme en ellemême seront utilisées dans leur entier.

(1) M. le D[r] Corlieu, dont chacun connaît, malgré sa modestie le savoir, l'érudition et l'obligeance pour ses confrères, a bien voulu me faire savoir que l'*Institut médical* ne se trouve pas dans la bibliothèque de la Faculté, mais qu'on le possède à la Bibliothèque nationale, marqué T³³, 174.

(2) Le *Répertoire des études médicales* avait pour sous-titre : « Exposé analytique et complet de toutes les matières de l'enseignement officiel et des cours particuliers, par une Société de médecins et de chimistes, sous la direction de E. Bazin. » Livraisons de 1 à 6, 1848. L'ouvrage devait avoir 60 livrasons; 6 seulement ont paru.

Trois hommes de grand mérite, M. Devergie, Gibert, et Cazenave, tous trois agrégés de la Faculté, y enseignaient avec éclat et atteignaient ou avaient atteint l'apogée de leur talent. M. Devergie, longtemps appliqué à l'étude de la médecine générale, s'attachait à établir l'identité des lésions cutanées avec celles des autres tissus, la généralité ou la non spécificité de leurs conditions pathogéniques, et protestait contre les doctrines des diathèses ontologiques ou des états constitutionnels strictement classés.

Cazenave et Gibert, doués d'un grand talent de parole, et possédant une rare précision dermatographique, continuaient, avec des nuances personnelles dans l'adaptation, la tradition willanique telle qu'elle avait été transposée par Biett.

C'était donc en quelque sorte au centre d'une place ennemie que Bazin avait pénétré ; il allait retrouver là, dans toute leur intégrité, ce qu'il appelait dans sa thèse les empiétements de l'anatomie pathologique, le culte prédominant de la forme clinique des affections, les assertions brillantes mais prématurées sur le siége anatomique des lésions élémentaires, et, par-dessus tout, l'oubli des doctrines traditionnelles de la médecine, et la confusion des idées de *causalité* avec l'idée de *nature*, la seule qu'il considérât comme véritablement supérieure et féconde.

Cependant, que l'on ne s'y trompe pas un seul instant, si Bazin reconnaissait aussi hautement la nécessité de revenir aux doctrines traditionnelles de la médecine, il n'avait aucunement l'intention de s'immobiliser dans la contemplation de ces doctrines, qu'il considérait comme le guide et le flambeau, mais non comme l'instrument immédiat et exclusif du progrès. Il était parfaitement déterminé à s'aider de tous les progrès réalisés dans les sciences physiques, chimiques et biologiques, et à recourir à tous les moyens perfectionnés d'exploration que la technique de son temps mettrait entre ses mains; il va devenir, en effet, micrographe pour débrouiller le chaos des affections parasitaires; anatomo-pathologiste pour saisir le secret anatomique de la scrofule; en même temps, les formes cliniques des affections cutanées vont être étudiées par lui avec une précision sévère, et la matière médicale va être sondée dans tous les points pour appliquer les progrès de la science à l'art de guérir, but suprême après lequel il marche sans cesse.

Je ne saurais avoir la pensée de faire entrer dans le cadre étroit et insuffisant de cette modeste notice, écrite à la hâte, l'exposé complet de la doctrine de Bazin, ni de donner un aperçu du magnifique monument élevé par lui à la science dermatologique; mais je dois au moins marquer d'un signe les étapes principales parcourues par cet explorateur infatigable, en déroulant rapidement devant vous le tableau de son labeur quotidien.

Au moment où il prit possession de son service à l'hôpital Saint-Louis, Bazin n'eut pas un instant la pensée d'ouvrir immédiatement la lutte; il savait trop bien les aspérités du chemin qu'il allait parcourir, et il n'était pas homme à engager la

bataille avant de s'être armé de toutes pièces, avant surtout d'avoir reconnu avec sûreté les situations ennemies. Bien qu'ancien élève de l'hôpital Saint-Louis, ou plutôt pour cela, il n'ignorait pas qu'on ne s'improvise pas dermatologiste, et qu'il faut, au médecin le mieux préparé à cette étude, plusieurs années de recherches, de lecture, de méditation et de recueillement, avant d'être autorisé à livrer au public médical le résultat de son labeur. Il se recueillit donc, observa, lut, la plume à la main, les auteurs anciens ou modernes, tout en continuant à exercer activement la médecine pratique.

Le premier signe extérieur d'activité qu'il donne remonte à l'année 1850 :

A cette époque, la *gale* était encore pour les médecins de l'hôpital Saint-Louis une éruption cutanée contagieuse, caractérisée par des vésicules transparentes, légèrement élevées et contenant un liquide séreux ; le sillon était à peine noté, nullement décrit ; l'acare, quoique démontré et admis, n'était pas nécessaire. Le traitement consistait en des frictions *partielles* avec la pommade d'Helmerich, pratiquées sur des régions spéciales, telles que les mains et les surfaces de flexion des membres, rarement ailleurs. Après une ou deux semaines de *séjour à l'hôpital*, souvent trois, le malade était renvoyé présumé guéri, mais la récidive était ordinaire, au grand bénéfice de la théorie du vice psorique. Cependant un empirique s'était présenté, qui annonçait guérir, et qui guérit en effet, chez les malades qui lui furent confiés, la gale en un jour : il donnait aux galeux un bain de savon de Marseille, il pratiquait ensuite une friction sur tout le corps avec une pommade noirâtre, que l'analyse montra être de la poudre à canon mêlée à des substances inertes. Des expériences comparatives, aussitôt instituées avec de la pommade d'Helmerich et diverses autres substances, montrèrent immédiatement que le secret du succès résidait non dans le médicament, mais dans le procédé, qui consistait à étendre la friction à la surface *entière* du corps. Bazin n'était pas homme à ne pas profiter de la leçon, et à ne pas chercher la raison scientifique de ce succès. Il la trouva et la démontra d'une manière éclatante, avec le concours de notre savant confrère, le docteur G. Piogey, alors son interne, qui prouva l'existence du sillon acarien sur toutes les parties du corps, et surtout au pénis chez l'homme, aux mamelles chez la femme, et aux régions fessières dans les deux sexes ; partant, la *nécessité* de la friction *générale*.

Le traitement économique et rapide de la gale était, dès lors, définitivement institué et soustrait aux pratiques empiriques ; cela eût été depuis longtemps réalisé si les prédécesseurs de Bazin avaient apporté à l'étude de cette affection une sagacité semblable à la sienne : le procédé de l'empirique était, en effet, depuis longtemps connu à l'hôpital Saint-Louis même ; il n'était autre que le procédé secret employé à l'hôpital de Groningue par Helmerich, chirurgien-major des armées de la République française, procédé surpris, importé à Paris, et mis en pratique

par son collègue Claude Burdin, puis complétement oublié.

Il était réservé à M. Hardy de réaliser le dernier perfectionnement dans cette direction, en réduisant à une heure et demie le traitement de la gale, service considérable rendu à la population tout entière dans toutes ses branches.

En 1851, préoccupé sans doute d'assurer la priorité de la dénomination qu'il avait donnée à une affection observée par lui à Lourcine, où Hugier venait de la décrire sous le nom d'*ecdermoptosis,* Bazin publia un court mémoire sur l'*acné varioliforme* Bien que ce terme ait survécu, et soit généralement adopté, au moins en France, pour désigner le *molluscum contagiosum* de Bateman, bien que la dénomination générique d'acné soit indiscutable, cette œuvre un peu hâtive a peu de valeur, elle n'a pas été faite selon le mode habituel de l'auteur, et elle ne mérite d'être rappelée que pour suivre l'évolution scientifique du maître, ou plutôt encore parce que, à plusieurs traits qui brillent vivement au milieu de la médiocrité générale de l'œuvre, on reconnaît de la manière la plus certaine que sa doctrine dermatologique était déjà fixée.

En 1852, bien que cela puisse ne pas sembler vraisemblable, les *teignes* n'étaient pas considérées, à l'hôpital Saint-Louis, comme des affections parasitaires : la teigne faveuse était une maladie contagieuse spéciale, anatomiquement constituée par une hypersécrétion du liquide contenu dans les cryptes situées à l'extrémité du conduit pilifère; en vain la nature du champignon favique était-elle depuis longtemps connue, les médecins de l'hôpital n'admettaient pas les révélations du microscope, et l'un d'eux ne craignait pas de signaler encore l'influence des grandes émotions morales sur le développement de cette affecgon. Aussi, à l'opprobre de la thérapeutique dermatologique, le monopole du traitement des teignes et de toutes les affections du cuir chevelu était-il laissé à des empiriques qui prétendaient les guérir par des pommades variées, mais qui savaient parfaitement que l'épilation seule était leur véritable moyen de traitement.

Ceux qui n'ont pas oublié ces choses comprendront quelle importance considérable eurent, en l'année 1853, les *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, dans lesquelles l'auteur affirmait avec éclat son incontestable supériorité par la production d'une œuvre véritablement scientifique, base désormais solide de tous les travaux ultérieurs sur la matière. Non-seulement la science était d'emblée fixée à la fois sur la nature du favus, et sur celle de l'herpès tonsurant et de ses dérivés, mais encore la grande classe des affections parasitaires était enfin constituée ; leur thérapeutique rationnelle assurée, en même temps que, par un coup de maître, toute une catégorie d'affections jusqu'alors livrées à des mains étrangères, était restituée à la pratique des vrais médecins. En vain a-t-on cherché à ternir cette première œuvre du maître et à lui contester la priorité de son procédé de traitement par l'épilation régularisée, et scientifiquement appliquée, en disant que Samuel Plumbe avait, avant lui, épilé à

la pince, que les frères Mahon épilaient à la main, selon la manière primitive qui est encore en honneur à Vienne; ou bien encore, que l'épilation lui avait été apprise par le paysan du pavillon Saint-Mathieu, etc.; le temps a fait justice de ces vaines clameurs, et personne ne saurait contester aujourd'hui à Bazin le mérite d'avoir fait comprendre la valeur de l'épilation dans le traitement des diverses affections cutanées, valeur qui est plus grande et plus étendue encore qu'il n'avait pu l'annoncer.

Avec l'année 1854 commence à l'hôpital Saint-Louis l'*enseignement dogmatique*. Bazin a atteint la maturité ; il est profondément versé dans la littérature médicale ancienne ; Lorry est son maître ; il sait reconnaître ce qu'Alibert a fait pour la nosologie ; il proclame très-haut l'importance des classifications de Plenck, Willan et Bateman pour l'étude des lésions élémentaires ; il reconnaît toute la valeur du système anatomo-pathologique de Rayer, mais il cherche en vain, dans la science, une classification *nosologique*, au sens propre du mot.

En 1855, il s'attache à montrer l'insuffisance des doctrines organopathiques exclusives pour l'avancement de la dermatologie et à démontrer la nécessité de revenir aux principes traditionnels de la médecine hippocratique, c'est-à-dire à l'observation du malade envisagé dans sa situation propre, antérieure, antécédente ou actuelle, et dans les symptômes et lésions morbides qu'il présente ; il insiste sur ce point capital de sa doctrine, qu'un grand nombre d'états pathologiques de la peau ne sont pas des maladies, mais des manifestations de diverses maladies, des actes de seconde main, qui tantôt sont le résultat de conditions intrinsèques faisant partie de la constitution individuelle, affections de cause interne, affections constitutionnelles. Traitant en particulier des affections de cause externe, il affirme et démontre le rôle considérable que joue le parasitisme animal ou végétal dans les affections de cause externe. En même temps, il a soin de montrer, par une étude attentive de la séméiotique cutanée, qu'il ne peut négliger aucun point de l'observation médicale, et il jette la base de ce qu'il appellera plus tard les affections génériques ou les genres dermatologiques.

Les leçons de l'année 1856, consacrées à la *scrofule*, constituent une des œuvres les plus considérables de Bazin, celle par laquelle il commença véritablement la démonstration de sa doctrine. L'heure était venue d'établir par les faits que les «*dartres*», qui comprenaient pour les médecins, comme aujourd'hui pour le vulgaire, toutes les dermatoses, n'étaient pas toujours, alors même qu'elles se présentaient avec des lésions élémentaires de même ordre, de la même nature, et que, partant, elles ne réclamaient pas une même thérapeutique ; il fallait, surtout, montrer que leurs caractères propres ne dépendaient pas seulement des conditions banales d'âge, de sexe, de tempérament, pas plus que de lésions primaires d'autre parties du corps, mais qu'ils se rattachaient à la *nature* même de la maladie constitutionnelle dont elles n'étaient que les manifestations extérieure et actuelle.

La scrofule était assurément le terrain le mieux préparé pour

cette démonstration, et il était naturel que le réformateur s'appliquât d'abord à déterminer les *dartres scrofuleuses*, c'est-à-dire à délimiter bien exactement le domaine de la scrofule sur la peau. Est-ce à dire que Bazin ait eu la prétention de fixer d'emblée et d'une manière définitive l'état de la science sur ce point? En aucune manière. Dans la préface de sa deuxième édition, il déclare expressément qu'il avait d'abord trop élargi le champ de la scrofule cutanée, et il reconnaît que, «tracer d'une main sûre la limite des maladies constitutionnelles, ne peut être que l'œuvre du temps et d'une expérience consommée.»

Ce n'est pas tout. Etendant son horizon à la maladie elle-même, il essaye de circonscrire la scrofule dans tous les systèmes de l'organisme, en déclarant, de rechef, qu'il n'a pas la prétention d'en fixer irrévocablement les limites. Vingt années (un siècle, au temps actuel !) ont passé sur cette œuvre, à laquelle assurément de nombreuses modifications de détail devront être apportées ; et cependant elle a conservé toute sa valeur originelle et intrinsèque ; chaque jour les travaux les plus avancés de l'histologie ne font que confirmer davantage un grand nombre des faits annoncés. A aucune époque, la scrofule osseuse et la scrofule viscérale n'avaient été envisagées avec une pareille hauteur et une semblable élévation de vues. L'albuminurie avait été certainement signalée chez les scrofuleux avant Bazin, mais personne n'avait montré l'extrême fréquence du rein scrofuleux, personne n'avait décrit l'albuminurie scrofuleuse dans ses caractères propres. Faut-il ajouter enfin que l'identité de la scrofule et de la tuberculose, que Bazin démontre à chaque page de son livre, reçoit aujourd'hui la sanction souveraine de l'histologie pathologique, à un point tel que la confusion absolue de la *maladie* scrofuleuse et de la *diathèse* tuberculeuse soit devenue imminente.

L'année 1857 vit paraître les *Leçons sur les affections parasitaires,* dans lesquelles Bazin établit définitivement son enseignement sur ce point; tout le monde connaît ce chef-d'œuvre de dermatographie exacte : la vérité de l'observation et la précision des détails y sont telles que, vingt ans après, l'un de nos plus éminents collègues, M. Lailler, après de longues années d'observation, publiant ses propres recherches sur la matière, a pu écrire dans sa préface ce qui suit, avec une loyauté qui l'honore hautement : « Le lecteur ne trouvera rien qui n'ai déjà été dit avec une grande autorité par mon illustre prédécesseur, M. Bazin ; mes études ne sont que la confirmation des siennes, en très-grande partie du moins ; je les ai faites sans idée préconçue, ne cherchant que la vérité. » (C. Lailler, *Leçons cliniques sur les teignes*, etc., Paris, 1878.)

Les *Leçons sur la syphilis et les syphilides* datent des années 1857 et 1863, époque à laquelle en fut donnée la deuxième édition; malgré les taches que l'erreur uniciste a répandues sur cette partie de l'œuvre de Bazin, on y retrouve tout son talent d'observation, toutes ses qualités de médecin. La description admirable des plaques syphilitiques, encore aujourd'hui mal com-

prises par plusieurs syphiligraphes, les grands caractères chronologiques des syphilides, l'exposé, pour la première fois produit, des syphilides malignes précoces dont l'importance est si considérable, et bien d'autres points encore maintiennent à cette œuvre une valeur que l'on a vainement cherché à contester.

L'enseignement de l'année 1859 eut pour objet l'achèvement de l'exposé des affections *constitutionnelles :* Les scrofulides et les syphilides avaient été merveilleusement propres à constituer la réalité des grandes unités morbides, à montrer que les diverses affections présentées par un même sujet aux différentes phases de son existence ne sont pas toujours des accidents indépendants les uns des autres, et dus aux circonstances du dehors, mais bien, dans un grand nombre de cas, les anneaux d'une même chaine pathologique, dont la réunion constitue, abstractivement, les *maladies* constitutionnelles. La réalité de ces unités morbides avait pu être déduite assez aisément, non pas seulement de l'observation des malades poursuivie pendant un grand nombre d'années, mais encore de l'étude plus approfondie des caractères propres de chacune des affections, laquelle permettait, le plus ordinairement, à leur seule aide, de dire : Ceci est une scrofulide, ceci est une syphilide. Quelque fondées que puissent être certaines critiques de détail sur quelques affections particulières de la scrofule, cela est définitivement acquis ; personne ne conteste aujourd'hui dans notre pays l'existence des syphilides et des scrofulides, et on ne peut refuser à Bazin la gloire d'avoir contribué, plus que personne, à la détermination des dartres scrofuleuses et syphilitiques, non moins qu'à la constitution scientifique des unités morbides auxquelles elles correspondent.

Il s'agissait maintenant d'instituer sur les mêmes bases que les précédents, les deux derniers groupes établis parmi les dartres : les *dartres arthritiques* et les *dartres pures*, les arthritides et les herpétides, les affections de nature arthritique et dartreuse, c'est-à-dire une des distinctions les plus lumineuses et les plus vraies, mais aussi les plus ardues de la nosologie cutanée. Les passions soulevées par l'enseignement de Bazin, sur ce point capital de nosologie et de nosographie, sont mal éteintes, et je me garderai de les ranimer ici ; ce que je puis dire sans crainte, c'est que la doctrine de Bazin sur cette matière compte aujourd'hui un très-grand nombre d'adhérents parmi les médecins de tous les pays ; ce que je puis répéter ici, après l'avoir écrit ailleurs, c'est qu'il y a dans l'idée que synthétise l'*arthritis* quelque chose de vraiment médical et, dans les caractères qui lui ont été assignés, des moyens précieux de rattacher à une cause vraisemblable toute une multitude de faits particuliers jusque-là incompris. Fût-elle d'ailleurs exagérée, excessive, imparfaite, provisoire, la notion introduite avec tant de force et tant de talent par Bazin, dans la pathologie cutanée et, de là, dans la nosologie tout entière, n'en a pas moins éclairé d'une lumière nouvelle la série confuse des affections de la peau, et réalisé un progrès considérable dans la médecine pratique. Cette

vérité fondamentale apparaissait à Bazin comme la plus féconde de toutes celles qui avaient germé dans son puissant cerveau, et il en poursuivit d'une manière inflexible la prédication à travers les difficultés sans nombre, et les oppositions considérables et véhémentes qui surgissaient de toutes parts.

Les années 1861 et 1862 furent consacrées à l'institution des *genres dermatologiques* et à la classification des *affections génériques*, c'est-à-dire des altérations communes qui peuvent être, sur la peau, la marque, en apparence uniforme, de plusieurs conditions morbides différentes. Non-seulement Bazin a tracé, cette fois encore, des descriptions d'une grande précision dermatographique, mais il a produit la critique complète des classifications dermatologiques, et indiqué avec soin la place que chacun des genres admis par lui occupait dans le système des autres auteurs, donnant ainsi, en même temps, une œuvre d'observation clinique et d'érudition dans laquelle sa doctrine tout entière est reprise par la base, et une œuvre de haute lutte, dans laquelle il manie les armes offensives et défensives avec une incomparable supériorité.

Bazin avait maintenant produit sa doctrine d'une manière complète et définitive; son école était constituée; de nombreux et fervents disciples (tous ses élèves devenus ses amis dévoués) l'entouraient de leur chaude et expansive admiration, qui le rendait véritablement heureux et calmait pour un moment les âpretés de son âme. Mais, en même temps, surgissaient sans cesse de nouvelles attaques contre ses principes de médecine générale aussi bien que contre ses doctrines dermatologiques; il aurait pu laisser à ses disciples le soin de le défendre ; les champions ne lui eussent pas manqué, vigoureux et bien armés pour la lutte, et il n'eût eu qu'à choisir dans la série fidèle de ses internes qui furent presque tous ses collaborateurs actifs; il ne put s'y résigner; les années, qui déjà commençaient à peser sur son front, n'avaient pas encore émoussé les aspérités de sa nature irritable, et il était d'ailleurs si profondément convaincu de la vérité de sa cause, que les attaques les plus loyales lui semblaient, à cette époque, uniformément injustes. Toutefois, un peu de calme rentra dans sa vie aussitôt que les attaques devinrent moins vives et moins nombreuses; une sérénité relative entoura ses dernières années, et nous possédons la preuve écrite de l'heureux changement qui s'était opéré, sous ce rapport, dans les sentiments du maître.

Cette période heureuse et tranquille de la vie de Bazin n'avait pas encore commencé en 1864, et ses leçons de cette année furent consacrées par lui à passer sa doctrine en revue et à répondre en même temps à tous ses contradicteurs; cette fois encore, et ce fut presque la dernière, il déploya toutes les ressources de son talent, et mit en action toutes ses armes de combat. Nous ne ferons aucune difficulté à reconnaître que ses traits lancés avec violence dépassèrent parfois le but, et que la passion vindicative l'entraîna plusieurs fois hors des limites du juste et du vrai; mais ceux-là seuls qui auront pris connaissance

exacte de tous les genres d'attaque auxquels il fut en butte, auront le droit de porter un jugement légitime. Au demeurant, ces leçons, malgré les pages regrettables qu'elles renferment, restent pleines d'enseignements d'une haute portée.

Les deux épidémies de choléra des années 1865-66 interrompirent l'enseignement dogmatique de Bazin ; ses leçons ne furent reprises qu'en 1867 et 1868, pour vider une ancienne et sensible querelle, et pour compléter, par une *étude thérapeutique*, son enseignement dogmatique et clinique.

Ces leçons, dans lesquelles il a abordé avec son talent habituel les plus hautes questions de thérapeutique générale, contiennent aussi le résultat de sa vaste expérience sur l'*emploi des eaux minérales dans le traitement des affections cutanées :* Conséquent rigoureusement avec les principes de sa doctrine, Bazin fut amené à porter sa main redoutée sur l'arche sainte de l'hydrologie, constituée selon les errements de la doctrine dermatologique qui avait précédé la sienne. Je me garderai bien de soulever, même un instant, le coin du voile qui recouvre ces choses délicates et graves; je ne puis faire ici, où je rends simplement hommage à la mémoire de Bazin, qu'une seule chose, c'est de dire que, dans mon humble, mais intime conviction, l'avenir, en ce point comme en tant d'autres, donnera raison au maître illustre dont nous déplorons la perte !

L'œuvre de Bazin, formée de nombreuses parties exposées à part et disposées en proportions inégales, composées à des époques différentes, devait être refondue pour constituer un ouvrage homogène; tel était son désir, telle était sa volonté; mais nous vivons à une époque où il ne faut plus compter sur la patience du temps; le mouvement vertigineux qui entraîne les sciences dans la voie du progrès acquiert une telle vitesse, que les œuvres de la veille sont surannées au lendemain. Déjà une agitation profonde remuait la science dermatologique à l'égal de toutes les autres branches de la médecine, et de graves modifications allaient être apportées dans la constitution des genres morbides par l'histologie contemporaine; en même temps, la vulgarisation de la littérature dermatologique étrangère soulevait, à propos de la nomenclature, de la classification et du traitement des affections cutanées, de graves et nombreuses questions. Il était trop tard, ou trop tôt.

Une circonstance particulière vint d'ailleurs dériver, dans une autre direction, tout ce qui restait au maître d'ardeur laborieuse : Vivement sollicité de se charger de la rédaction des articles dermatologiques du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par l'éminent et habile directeur de cette publication, il accepta cette lourde tâche dans toute son étendue, et accorda à ce nouveau travail la totalité du temps dont il pouvait à présent disposer ; tous les articles de pathologie cutanée qui ont déjà été publiés dans ce grand et remarquable ouvrage lui appartiennent exclusivement; son ardeur à ce travail fut si grande, que plusieurs des sujets importants non encore parus ont été préparés par lui avec une ponctualité exception-

nelle, et qu'ils peuvent être dès maintenant livrés à l'impression.

J'ai dit assez déjà, et l'on a répété avec exagération, que Bazin, d'un caractère naturellement impressionnable et irritable, aigri d'ailleurs par l'échec immérité qui avait brisé sa carrière à un âge où rien ne s'oublie plus, apportait parfois dans les relations de la vie une humeur peu accommodante. Cela est vrai et n'a pas à être loué, ou ne peut être excusé que par la longueur des années pendant lesquelles tout fut pour lui dur et ingrat; mais ce serait chose contraire à la vérité de croire qu'il fut toujours et qu'il ait toujours été tel qu'on l'a dépeint. Il était au contraire souvent d'une grande bonté, et toujours animé du plus vif sentiment de justice; maintes fois il en a donné d'éclatantes preuves. Personne ne contestera qu'il était excellent avec ses malades d'hôpital, et, malgré sa rude enveloppe, il avait su se faire de vrais amis de tous ses malades de la ville. Qui ne sait enfin qu'il a toujours été bon envers ses élèves, qui eurent presque tous pour lui un véritable culte; parmi eux il savait sûrement reconnaître les bons, les laborieux, les hommes de mérite et d'avenir, et les aider et les assister; un grand nombre d'entre eux l'ont puissamment secondé dans ses travaux : il n'en a jamais fait mystère, et a toujours proclamé hautement leur partde collaboration. Je ne veux citer ici aucun de ces élèves d'élite, ne pouvant les citer tous; chacun d'ailleurs connaît leurs noms attachés d'une manière indissoluble à chacune de ses œuvres.

La vie particulière de Bazin resta uniformément simple à toutes les phases de son existence; alors même que vint la fortune, il conserva la modestie de son habitation première au milieu de tous les entraînements du luxe moderne. Ses journées s'écoulaient toutes semblables les unes aux autres; quand il était médecin de l'hôpital Saint-Louis, il se rendait à pied à l'hôpital, où il arrivait exactement vers huit heures et demie; pendant les quelques instants de repos qu'il prenait régulièrement à son arrivée dans le cabinet de la religieuse, il s'entretenait avec ses élèves des malades du service, et faisait même quelquefois venir à l'hôpital, pour ses leçons intimes, des malades observés par lui dans sa clientèle privée. Ces causeries familières, dont l'un de ces élèves de prédilection, M. le docteur Baudot, m'a récemment rappelé le souvenir, étaient toujours d'un grand intérêt, et l'amenaient souvent à des considérations très-élevées de pathologie générale.

Au lit du malade, il était véritablement admirable; il avait dès longtemps acquis une incomparable justesse de coup d'œil et une absolue précision de diagnostic; merveilleusement, il savait, en quelques mots, allant du simple au composé, démontrer jusqu'à la plus complète évidence la vérité de son diagnostic.

L'heure de la retraite avait sonné, et ce fut bien à regret que Bazin oublia le chemin de l'hôpital Saint-Louis; heureusement, une grande consolation lui était réservée en cette année 1872, qui vint adoucir, pour le médecin de l'hôpital, les amertumes de

ce moment critique : ses élèves et ses amis avaient eu la pieuse, la généreuse pensée de lui offrir un témoignage solennel de leur reconnaissance et de leur admiration. Nul n'a jamais plus hautement mérité cet honneur extraordinaire, noble couronnement de sa vie médicale ! Puisse le pays trop oublieux de ses véritables gloires nationales, puisse l'administration de l'assistance publique joindre leurs témoignages tardifs à ceux de ses élèves, et consacrer par une inscription murale, à défaut d'un monument, cette illustre mémoire !

La santé de M. Bazin était depuis longtemps altérée : du rhumatisme vague, des troubles circulatoires avaient à plusieurs reprises inspiré de vives inquiétudes à sa famille et à ses amis ; cependant les années s'écoulaient, et rien de particulier n'indiquait que l'heure fût proche ; le 13 décembre, il avait donné ses consultations comme d'habitude ; il avait même été voir un malade dans la ville ; et, le 14 décembre, il succombait à des phénomènes de congestion aiguë du poumon. La mort vint rapidement ; il la vit arriver dans toute la plénitude de son intelligence, sans trouble ni défaillance.

Selon le désir qu'il avait formellement exprimé, il a été inhumé sans faste dans le petit village où il était né, et aucune parole, selon sa volonté, n'a été prononcée à ses obsèques.

Mais si la Société médicale des hôpitaux n'a pu rendre à M. Bazin les honneurs funèbres, elle lui donne aujourd'hui publiquement, dans la première séance qui suit sa mort, le témoignage de sa profonde douleur et de ses regrets. Assurément, celui qui porte la parole en son nom n'a pas pu retracer les traits principaux de cette grande figure médicale en termes dignes d'elle ; mais il a la conviction de les avoir tracés exacts, justes, vrais. Peu importe d'ailleurs pour la mémoire de M. Bazin, l'insuffisance de son éloge ; son œuvre n'est pas de celles que le temps fait oublier, et son nom est depuis longtemps inscrit dans le Livre d'Or de la médecine française à côté de ceux de Lorry et d'Alibert !

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La syphilis du cerveau, par Alfred Fournier, professeur agrégé à a Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Leçons cliniques recueillies par Brissaud, interne des hôpitaux, 1 volume in-8°, de 654 pages. Prix : 10 francs.

Lectures on dermatology delivered in the royal college of surgeons of England in 1876, 1877, 1878, by Erasmus Wilson, professor of dermatology, 1 volume in-8°, chez J. et A. Churchill, Londres, 1878.

Two cases of severe iodide of potassium eruption, by Tilbury Fox, M. D. broch. in-8°.

Cases of follicular mal-nutrition (*cacotrophia follicularum*), by Tilbury Fox, M. D. broch. in-8°.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME NEUVIÈME

1877-1878

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

W

Z

Le Gérant : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12 (735,10-78).